

ШЕСТЬДЕСЯТ ЧЕТВЕРТАЯ СЕССИЯ
ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ **A64/10**
Пункт 13.2 предварительной повестки дня **5 мая 2011 г.**

Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.)

Доклад Комитета по обзору в отношении функционирования Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в связи с пандемией гриппа A (H1N1) - 2009

Доклад Генерального директора

Генеральный директор имеет честь передать Шестьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения доклад Комитета по обзору в отношении функционирования Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в связи с пандемией гриппа (H1N1) - 2009 (см. Приложение).

ПРИЛОЖЕНИЕ

ДОКЛАД КОМИТЕТА ПО ОБЗОРУ О ФУНКЦИОНИРОВАНИИ МЕЖДУНАРОДНЫХ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПРАВИЛ (2005 Г.) И О ПАНДЕМИИ ГРИППА А (H1N1) - 2009

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ 4

ПРЕДИСЛОВИЕ 7

КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ 9

I. Подготовка к чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения 34

II. Пандемия гриппа А (H1N1) - 2009 64

III. Руководство глобальными ответными действиями 85

IV. Выводы и рекомендации 173

Дополнения 192

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Комитет по обзору желает выразить благодарность следующим членам, которые вынуждены были выйти из состава Комитета в период его работы: д-р Anthony Evans, профессор John Mackenzie, д-р Ziad Memish и д-р Babatunde Osotimehin.

Комитет по обзору получил ценные материалы от государств-участников, специализированных учреждений Организации Объединенных Наций, правительственных и неправительственных организаций и отдельных лиц. В частности, Комитет желает выразить благодарность следующим лицам, которые были опрошены Комитетом:

Д-р Masato Mugitani, заместитель министра по глобальным вопросам здравоохранения и генеральный директор Специальной целевой группы по пандемическому гриппу, Министерство здравоохранения, труда и социального обеспечения, Япония; д-р Suresh Jadhav, исполнительный директор по обеспечению качества и вопросам регулирования, Институт сыворотки Индии и бывший президент Сети производителей вакцин в развивающихся странах; г-н Tony Colgate, научный координатор Международной федерации фармацевтических фирм-изготовителей и ассоциаций и руководитель отдела по техническим вопросам, связанным с противогриппозными вакцинами и диагностическими средствами, Novartis; д-р Dirk Glaesser, руководитель отдел по управлению рисками и кризисами, Всемирная туристская организация ООН; д-р David Salisbury, директор по вопросам иммунизации, Департамент здравоохранения, Англия, и председатель Стратегической консультативной группы экспертов ВОЗ по иммунизации; д-р David Reddy, руководитель Глобальной целевой группы по пандемическому гриппу и г-жа Catherine Steele, международный руководитель по вопросам коммуникации, F. Hoffman-La Roche Ltd.; д-р Andrin Oswald, руководитель отдела вакцин и диагностических средств, Novartis; контр-адмирал Stephen Redd, директор отдела по координации в отношении гриппа, Центры по контролю и профилактике заболеваний США, Соединенные Штаты Америки; д-р Hugo Lopez-Gatell Ramirez, заместитель генерального директора по эпидемиологии, Министерство здравоохранения, и национальный координатор по ММСП, Мексика; профессор Didier Houssin, генеральный директор по вопросам здравоохранения и межминистерский делегат по вопросам птичьего гриппа от Министерства здравоохранения Франции; Посол Норвегии Bente Angell-Hansen и Посол Мексики J.J Gomez-Camacho, сопредседатели Рабочей группы открытого созыва по обеспечению готовности к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам; д-р David Butler-Jones, директор по вопросам общественного здравоохранения, Агентство общественного здравоохранения Канады; д-р David Nabarro, старший координатор по вопросам птичьего гриппа и гриппа человека, Группа системы Организации Объединенных Наций по координации в области гриппа; г-жа Carmen Amela Heras, представитель Генерального управления общественного здравоохранения по вопросам ММСП, Министерство здравоохранения и социальной политики и национальный координатор по ММСП, Испания; д-р Thomas Jefferson, Cochrane Vaccines Field; д-р Fiona Godlee, главный редактор, *British Medical Journal*; д-р Norbert Hehme, председатель Международной целевой группы по поставкам противогриппозных вакцин, Международная федерация фармацевтических фирм-изготовителей и ассоциаций и Biologicals, GlaxoSmithKline; д-р Paul Benkimoun, журналист

по вопросам медицины, *Le Monde*, Франция; профессор David Harper, генеральный директор по вопросам укрепления и охраны здоровья, Департамент здравоохранения, Англия; г-жа Else JB Andersen, помощник заместителя генерального директора, Министерство здравоохранения и медицинских служб, Норвегия; г-н Morten Randmæl, директор Отдела по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям, Управление здравоохранения, Норвегия; г-н Bjørn Iversen, и.о. директора департамента, Норвежский институт общественного здравоохранения, Норвегия; г-жа Ine Mǻreng, помощник генерального директора, Министерство иностранных дел, Норвегия; д-р Lars Schaade, руководитель Центра по биологической безопасности, Институт Роберта Коха, Германия; д-р Alex Thiermann, президент, Комиссия по санитарным нормам для наземных животных и старший советник генерального директора Всемирной ветеринарной организации (ВВО) и д-р Kate Glynn, руководитель миссии Научно-технического отдела ВВО и координатор по вопросам взаимосвязи между здоровьем животных и человека; г-н Paul Flynn, член парламента Соединенного Королевства от лейбористской партии и представитель в Совете Европы; д-р Gérard Krause, директор Отдела эпидемиологии инфекционных заболеваний, Национальный институт общественного здравоохранения, Германия; профессор John Mackenzie, председатель Комитета по чрезвычайной ситуации, профессор по тропическим инфекционным болезням, Отделение медико-санитарных дисциплин, Университет Куртина, Австралия; д-р Claude Thibeault, консультант по авиационной медицине и гигиене труда и медицинский советник, Международная ассоциация воздушного транспорта (ИАТА); д-р Aboubacry Fall, специалист общественного здравоохранения, экономист в области здравоохранения, директор по вопросам профилактики Министерства здравоохранения, профилактики и общественной гигиены, Сенегал; д-р Philip Muthoka, национальный координатор по ММСП, Министерство здравоохранения, Кения; д-р Вагиф Абдуллаев, заместитель национального координатора по ММСП, заместитель генерального директора Республиканского центра гигиены и эпидемиологии, Азербайджан; д-р Людмила Наройчик, заместитель главного врача по эпидемиологии, Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, Беларусь; д-р Anthony Evans, руководитель Отдела авиационной медицины, Международная организация гражданской авиации (ИКАО), Монреаль, Канада; д-р Dang Quang Tan, руководитель Отдела по пограничному санитарному карантину, Департамент профилактической медицины, Министерство здравоохранения, Вьетнам; д-р Jacques Berger, президент, Sanofi Pasteur, Франция; д-р Atika Abelin, директор, Политика глобальной иммунизации, Sanofi Pasteur; д-р Patricia Leung-Tack, директор по вопросам промышленных операций в связи с гриппом, Пандемия гриппа и пневмо, Sanofi Pasteur; д-р Mike Osterholm, директор, Центр научных исследований и политики в области инфекционных заболеваний (CIDRAP), Университет Миннесоты; д-р Samir Abdel Aziz El Rafie, исполнительный директор Отдела эпиднадзора, Министерство здравоохранения, Египет; д-р Babiker Magboul, директор Отдела эпидемиологии, Федеральное министерство здравоохранения, Судан; д-р Kamel Abusal, национальный координатор по ММСП и специалист по общественной медицине, руководитель Отдела по диарейным заболеваниям, Министерство здравоохранения, Иордания; г-жа Maritza Garcia, дипломированная медицинская сестра, эпидемиолог, руководитель Системы эпидемиологического надзора, Министерство здравоохранения, Чили; д-р Karina Balbuena, координатор группы раннего реагирования, Секретариат программ профилактики и укрепления здоровья, Министерство здравоохранения, Аргентина; д-р Geela Ali,

постоянный секретарь здравоохранения, Мальдивские Острова; д-р Garib Das Thakur, директор и национальный координатор по ММСП, Отдел эпидемиологии и борьбы с болезнями, Департамент служб здравоохранения, Непал; г-жа Mary Murnane, заместитель секретаря, профессор Jim Bishop, главный медицинский специалист, и г-жа Jennifer Bryant, первый помощник секретаря, Бюро охраны здоровья, Департамент здравоохранения и по делам старения, Австралия; д-р Gary Grohmann, директор, Отдел иммунобиологии, Группа по мониторингу и обеспечению соответствия, Управление медицинских товаров, Австралия; д-р Jean Damascène Khouilla, директор по общим вопросам здравоохранения, Габон; д-р Marc Sprenger, директор, и профессор Angus Nicoll, Европейский центр по контролю и профилактике заболевания (ECDC) и д-р David L Heymann, руководитель и старший научный сотрудник, Центр глобальной безопасности в области здравоохранения, Чэтхэм Хауз, Соединенное Королевство.

Комитет по обзору желает выразить свою благодарность Генеральному директору ВОЗ Маргарет Чен, заместителю генерального директора д-ру Anarfi Asamoa-Baah и помощнику генерального директора д-ру Keiji Fukuda за активную поддержку работы Комитета по обзору. Кроме того, комитет желает выразить благодарность следующим сотрудникам секретариата ВОЗ за внесенный ими вклад: Sylvain Aldighieri, Ruth Anderson, Roberta Andraghetti, Penny Andrea, Sylvie Briand, Caroline Brown, Rick Brown, Gian Luca Burci, Francis Chisaka Kasolo, Stella Chungong, Fernando Da Conceicao Silvera, Patrick Drury, Philippe Duclos, Christine Feig, Fernando Gonzalez-Martin, Max Hardiman, Hande Harmanci, Gregory Härtl, Thomas Hofmann, Helge Hollmeyer, Anne Huvos, Jean Jabbour, Takeshi Kasai, Mika Kawano, Kristen Kelleher, Marie-Paul Kieny, Chin-Kei Lee, Ailan Li, Karen Mah, Jaouad Mahjour, Anne Hélène Mazur, Jill Meloni, Daniel Menucci, David Mercer, Anthony Mounts, Bjorg Nilsson, Isabelle Nuttall, Angela Merianos, Otavio Oliva, Satoko Otsu, Charles Penn, Zahiri Pernalete, Bruce Plotkin, Chusak Prasittisuk, Adrienne Rashford, Cecilia Rose-Oduyemi, Cathy Roth, Michael Ryan, Nahoko Shindo, Rafe Slattery, Ian Smith, Steve Solomon, Florimond Tshioko Kweteminga, Ayana Yeneabat Alemu, Maged Younes и Wenqing Zhang.

Комитет по обзору хотел бы выразись особую благодарность своему секретариату. Руководителем Секретариата ММСП по обзору является Nick Drager, его членами являются Dominique Metais, Faith McLellan, Mary Chamberland, Nadia Day, Alice Ghent, Sue Horsfall, Janet Kincaid, Phillip Lambach, Linda Larsson, Fabienne Maertens, Joan Ntabadde, Les Olson, Magdalena Rabini, Sarah Ramsay, Mick Reid, Chastine Rodriguez, Alexandra Rosado-Miguel и Наташа Шаповалова.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Государственные границы не являются преградой для бесчисленного множества угроз здоровью. Предвидя эти угрозы и реагируя на них, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) высказывает свою позицию на этот счет и от имени мирового сообщества принимает на себя лидирующую роль. Занимаемая ВОЗ главная линия обороны связана с выходом в свет Международных медико-санитарных правил (2005 г.). Возникновение в апреле 2009 г. пандемии гриппа A (H1N1) послужило первой серьезной причиной для испытания на прочность названных Правил, вступивших в силу в 2007 году.

Этот доклад преследует две цели. Во-первых, это анализ того, насколько Международные медико-санитарные правила (ММСП) справились на данный момент с поставленной перед ними задачей ради обеспечения соответствующего уровня безопасности в области международного здравоохранения при, по мере возможности, наименьших сбоях в экономиках стран, в частности связанных с поездками, перевозкой грузов и соблюдением прав человека. Первый пересмотр действующих Правил изначально намечался на 2010 г., но пандемия гриппа 2009 г. помешала этому и обусловила составление настоящего доклада с упором на второе направление усилий - тщательное расследование действий ВОЗ в ответ на пандемию. Это две разные цели, но они переплетены между собой.

Пандемия гриппа 2009 г. пролила дополнительный свет на функционирование принятых Правил. В то же время предметный охват положений ММСП касается большого разнообразия чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения, а не только угроы распространения инфекций. Помимо апробации Правил, пандемия гриппа вскрыла уязвимые стороны глобального, национального и местного потенциала здравоохранения, ограничения в научных знаниях, трудности принятия решений в условиях неопределенности, сложные моменты в международном сотрудничестве и проблемы коммуникации между специалистами, политиками и общественностью.

За прошедший год мне выпала честь совместно работать с членами Комитета по обзору, в состав которого входят представители всех регионов мира, кандидатуры которых определялись на основании их специальных знаний и навыков, их независимого статуса и их приверженности идее глобального здравоохранения. В целях выполнения своих обязанностей они прибыли в штаб-квартиру ВОЗ в Женеве, чтобы прослушивать многочасовые свидетельства и прочитывать сотни документов в связи с обстоятельным разбором и обсуждением складывающейся ситуации.

Суть составленного в конечном итоге доклада определяется как тем, что в него включено, так и тем, что "осталось за кадром". В его основе лежит не заранее составленное мнение, а фактическая информация в той мере, в какой позволяли ее зафиксировать наши возможности. Доклад не является отражением результатов оценки эффективности работы отдельно взятой страны или анализа экономической эффективности ММСП или действий в ответ на пандемию. Напротив, центральное место в докладе отведено функционированию и практической работе ММСП и ВОЗ. Можно сказать, что это - попытка проанализировать факты, прийти к определенным выводам и предложить

конструктивные рекомендации, имеющие целью совершенствование результатов деятельности в будущем.

Члены Комитета по обзору никогда не забывали о том, что они были назначены от имени всех государств-членов. Руководствуясь вверенным мандатом, мы стремились выполнять роль консультантов и учитывать все детали. Каждое пленарное заседание Комитета была открытым для представителей государств-участников ММСП, межправительственных и неправительственных организаций и средств массовой информации. Каждый присутствующий имел возможность заслушивать те же свидетельства, что и остальные члены Комитета, и в этом плане Комитет использовал в своей работе письменные документы и устные сообщения от государств-участников и других сторон.

Накануне проведения заключительного совещания в марте 2011 г. Комитет выпустил проект своих рекомендаций и выводов в форме Предварительного документа. Благодаря этому у государств-участников ММСП, межправительственных и неправительственных организаций была возможность ознакомиться с содержанием документа и оценить его достоинства и недостатки. Представленные ими замечания по Предварительному документу помогли усилить содержание доклада и послужили основанием для того, чтобы убедиться в правильности его общего направления и характера предложенных в нем рекомендаций.

Как и в предварительном варианте, этот доклад в его окончательном виде включает в себя три кратких заключения, сопровождаемых 15 рекомендациями. Последние отражают целый ряд поправок, которые оказали свое влияние на технические вопросы, логистику и политику. Для реализации некоторых рекомендаций потребуется выделение ресурсов, но ничто не обходится так дорого, как бездействие.

Пандемии можно считать нашими грозными учителями. Неважно, какое мнение могло сложиться у людей по поводу реагирования ВОЗ и других административных органов на пандемию 2009 г., - все мы должны быть благодарны тому, что умерло относительно небольшое число лиц. Вирусы гриппа совершенно непредсказуемы. В этот раз нам повезло, но из выводов доклада следует, что мир плохо подготовлен к тяжелой пандемии или к любой другой аналогичной глобальной, затяжной и угрожающей общественному здоровью чрезвычайной ситуации. Мы со всем уважением предлагаем результаты этой оценки вниманию всех стран в надежде, что наши рекомендации будут содействовать превращению этого мира в более безопасное место.

Harvey V. Fineberg
Председатель, Комитет по обзору

апрель 2011 г.
Женева, Швейцария

КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ

ВВЕДЕНИЕ

1. В январе 2010 г. Исполнительный комитет ВОЗ на своей Сто двадцать шестой сессии одобрил предложение Генерального директора о созыве Комитета по обзору, предусмотренного в Главе III Части IX Международных медико-санитарных правил 2005 г. (ММСП). Предложение Генерального директора включило просьбу к Комитету изучить опыт, приобретенный в ходе применения глобальных мер в ответ на пандемию гриппа A (H1N1) - 2009, с тем чтобы предоставить информацию для обзора функционирования Правил; оказать помощь в оценке и, в случае необходимости, изменить предпринимаемые ответные меры; а также усилить готовность к будущим пандемиям. Круг ведения Комитета излагается ниже:

> **Оценка глобальных мер в ответ на пандемию H1N1 будет проведена Комитетом по обзору Международных медико-санитарных правил, который является комитетом экспертов, обладающих разнообразным научным и практическим опытом в области общественного здравоохранения. Некоторые члены этого Комитета являются ведущими мировыми экспертами в своих соответствующих областях.**
>
> **Международные медико-санитарные правила 2005 г. (ММСП) являются международным юридическим соглашением, обязательным для 194 государств-участников во всем мире, включая все государства-члены ВОЗ. Главной целью ММСП является оказание помощи международному сообществу в предотвращении серьезных рисков для общественного здравоохранения и принятии ответных мер на такие риски, которые могут пересекать границы и создавать опасности для людей во всем мире. В январе 2010 г. Исполнительный комитет ВОЗ обратился к Генеральному директору с просьбой сделать предложение в отношении того, как оценивать международные меры в ответ на пандемический грипп, и затем одобрил ее предложение созвать Комитет по обзору ММСП для рассмотрения как ответных мер на пандемию, так и функционирования ММСП.**
>
> **Пандемия H1N1 является первой чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, которая возникла после вступления в силу пересмотренных ММСП. ММСП играли центральную роль в глобальных мерах в ответ на пандемию, и поэтому обзор ММСП и рассмотрение глобальных действий в ответ на пандемию гриппа являются тесно взаимосвязанными.**
>
> **ММСП содействуют скоординированным международным действиям соответствующих стран для сообщения об определенных вспышках заболеваний в ВОЗ, чтобы глобальная отчетность о важных событиях в области общественного здравоохранения была своевременной и открытой.**

ММСП впервые начали применяться (то есть "вступили в силу") во всем мире в 2007 г., и Ассамблея здравоохранения решила, что первый обзор их функционирования должен быть проведен Шестьдесят третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2010 года.

Цели

Обзор имеет три основные цели:

- **оценить функционирование Международных медико-санитарных правил (2005 г.);**
- **оценить предпринимаемые глобальные меры в ответ на пандемию H1N1 (включая роль ВОЗ); и**
- **определить извлеченные уроки, имеющие важное значение для укрепления готовности и ответных мер на будущие пандемии и чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения.**

2. Фамилии и места работы членов Комитета по обзору приведены в конце Краткого резюме. Полный Круг ведения Комитета приводится в Дополнении I. Дополнение II доклада содержит их биографии и заявления об интересах.

Метод работы

3. Комитет по обзору провел значительную часть своей работы посредством пленарных заседаний в штаб-квартире ВОЗ в Женеве. Для обеспечения транспарентности эти заседания были открытыми для средств массовой информации. Комитет заслушал выступления отдельных лиц, представляющих государства-участники, национальных координаторов по ММСП, межправительственные организации, неправительственные организации, учреждения Организации Объединенных Наций, промышленность, профессиональных работников здравоохранения, экспертов, работников средств массовой информации, председателей соответствующих комитетов и Секретариат ВОЗ.

4. Комитет в полном составе и его рабочие группы провели также в Женеве совещательные сессии, открытые только для членов Комитета и непосредственно связанных с ним административно-технических сотрудников. Дальнейшие консультации были проведены между административно-техническими сотрудниками, Председателем профессором Harvey V. Fineberg и рабочими группами Комитета посредством телефонных конференций и обмена по электронной почте.

5. Несмотря на то, что Комитет по обзору функционирует независимым образом, он часто обращается в Секретариат ВОЗ за информацией с просьбой уточнить вопросы, возникающие в ходе сбора данных и во время составления докладов. Сотрудники ВОЗ предоставили письменные ответы на многочисленные вопросы, поставленные Комитетом, и неофициально беседовали с членами Комитета. ВОЗ предоставила Комитету неограниченный доступ к внутренним документам, и члены Комитета подписали

соглашения о неразглашении, чтобы иметь возможность рассматривать конфиденциальные юридические документы.

6. Секретариат ВОЗ разработал для Комитета ряд инструктивных записок, дающих справочную информацию по таким вопросам, как ММСП; готовность к пандемии; фазы пандемии; степень тяжести пандемии; пандемическая вакцина; противовирусные препараты; вирусологический мониторинг; мониторинг болезней; лабораторное реагирование; меры общественного здравоохранения; и Рабочая группа государств-членов открытого состава по обеспечению готовности к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам. Комитет имеет доступ к ряду исследований, содержащих оценку функционирования Приложения 2 ММСП (то есть схемы принятия решений для оценки государствами-участниками событий в области общественного здравоохранения и уведомления о них), а также к докладам о ходе осуществления ММСП. По просьбе Комитета Секретариат ВОЗ разработал матрицу ключевых функций ММСП в области общественного здравоохранения и определил широкий круг непандемических событий, уведомления о которых поступили в ВОЗ после вступления в силу ММСП. Комитет отобрал несколько событий и предложил Секретариату подготовить краткое описание каждого события для содействия предпринимаемой им оценке функций ММСП в области общественного здравоохранения.

7. Комитет приложил все усилия к тому, чтобы документировать роль и управление ВОЗ в ответ на пандемию и оценить эффективность ММСП. Это потребовало тщательного изучения событий и решений, принимаемых в ходе пандемии, изучения критических высказываний в адрес Организации и оценки ее достижений. Цель с самого начала состояла в выявлении наилучшего способа защиты мира от следующей чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения. Во время всех своих обсуждений Комитет стремился быть тщательным, систематическим, открытым и объективным. Этот доклад дает полное описание фактических данных, представленных Комитету в ходе собеседований и в документах, а также оценку Комитета и толкование этих фактических данных.

История вопроса и контекст

8. ММСП устанавливают режим для упорядоченной защиты здоровья населения и управления опасностями, связанными с болезнями, как в странах, так и на их границах. Они также обеспечивают рамки для скоординированных и пропорциональных мер в ответ на значительные возникающие опасности, связанные с болезнями. Такие опасности могут находиться в диапазоне от событий в области общественного здравоохранения, влияющих на одну или более стран, до событий в области общественного здравоохранения, имеющих глобальное значение. Положения ММСП являются юридически обязательными для государств-участников и ВОЗ. ММСП внедрили ряд важных инноваций, включая замену перечня болезней, подлежащих уведомлению, схемой принятия решений (Приложение 2), для оказания помощи странам в определении, *может* ли какое-либо событие представлять собой чрезвычайную ситуация в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение. Пандемия 2009 г. стала первым крупным испытанием ММСП.

9. Рассмотрение функционирования ММСП и того, как ВОЗ действовала в ответ на пандемию, требует понимания контекста пандемии. Комитет по обзору определил пять факторов, которые формируют события и помогают объяснить, что предпринималось в ответ на пандемию. Упрощенно ими являются:

- основные ценности общественного здравоохранения
- непредсказуемый характер гриппа
- угроза птичьего гриппа A (H5N1) и как она сформировала общую готовность к пандемии
- двойная роль ВОЗ как идейного борца за здоровье в мире и организации, обслуживающей свои государства-члены
- ограничения систем, которые были разработаны для реагирования скорее на географически ограниченную, краткосрочную чрезвычайную ситуацию, чем на глобальное, продолжающееся и долгосрочное событие.

10. Основные ценности общественного здравоохранения сформировали меры руководителей общественного здравоохранения во всем мире в ответ на пандемию. Главной из них является профилактика: профилактика болезней и предотвращение случаев смерти, которых можно избежать. Ответные меры ВОЗ и многих стран на пандемию были отражением именно этой моральной установкой. И это было подтверждено многими государствами-членами в их мнениях, выраженных Комитету по обзору: в условиях неопределенности и потенциально серьезного вреда лучше ошибиться в пользу безопасности. Должностные лица общественного здравоохранения мыслят и действуют исходя из этого убеждения. Политические лидеры и политики должны понять эту основную ценность общественного здравоохранения и то, как она определяет мышление в этой области.

11. Если руководствоваться историческими и научными данными, пандемии гриппа продолжат происходить и в будущем. В этом смысле грипп является в значительной мере предсказуемым. Однако никто не может предсказать, когда, где произойдет следующая пандемия гриппа и насколько сильной она будет. Поскольку пандемии возникают нечасто, наблюдается тенденция к тому, чтобы преувеличивать структуры прошлого. Например, при рассмотрении пандемий 1918-1919 гг., 1957 г., 1968 г. и 2009 г. можно сделать вывод, что тяжесть пандемий имеет тенденцию к уменьшению. Однако четырех наблюдений слишком мало, чтобы подтвердить такой вывод. Исследования, особенно генетических маркеров вируса и факторов организма-хозяина, в конечном счете могут повысить точность прогнозов, однако в настоящее время, когда речь идет о гриппе, отсутствие определенности является неизбежной реальностью. Одним из основных последствий является необходимость проявлять гибкость, чтобы приспособиться к неожиданным и изменяющимся условиям. Способность предпринимать действия в условиях неопределенности и быстро приспосабливаться к новым обстоятельствам является признаком хорошей практики общественного здравоохранения и хорошего управления чрезвычайными ситуациями.

12. Меры, принятые в ответ на пандемию гриппа A (H1N1) - 2009, были результатом десятилетия противопандемического планирования, в значительной степени сосредоточенного на угрозе пандемии птичьего гриппа A (H5N1). Однако H5N1 и H1N1 имеют довольно различные характеристики. Инфицирование людей H5N1 приводит приблизительно к 60% смертности среди подтвержденных случаев, но эта инфекция передается людям лишь спорадически и еще менее часто между людьми. При рассмотрении потенциала пандемии H5N1 можно предположить значительное число случаев смерти, так как этот вирус проявил себя как исключительно летальный. Поскольку H5N1 легко не передавался от человека человеку, можно считать возможным подавление вспышки с помощью антивирусных препаратов и других мер. На веб-сайте ВОЗ дается описание острого заболевания в случае возможной пандемии, которое было понятным в контексте ожиданий в отношении H5N1. Однако реальность в отношении H1N1 была довольно иной. Поскольку H1N1 вызывал заболевание, в подавляющем большинстве случаев не требующее госпитализации, главной задачей стало решение вопроса о степени тяжести пандемии и о том, как характеризовать ее. Так как вирус H1N1 распространился на несколько стран в течение нескольких дней, возможность быстрого сдерживания - основной принцип планирования многоэтапных ответных мер ВОЗ - никогда не была реально осуществимой.

13. Другой реальностью, сформировавшей меры в ответ на пандемию, является характер самой ВОЗ. ВОЗ имеет двойственный характер и миссию: как идейный борец за здоровье в мире и как организация, обслуживающая свои государства-члены. Являясь руководящим и координирующим органом в международной работе по здравоохранению в системе Организации Объединенных Наций, ВОЗ располагает всеми возможностями, чтобы стать главным борцом за здоровье как право человека. Ее политика и техническое руководство могут помочь странам в решении разнообразных проблем общественного здравоохранения. В то же время ВОЗ является организацией, обслуживающей свои 193 государства-члена, которые ежегодно встречаются на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в Женеве, чтобы определить политику для Организации, утвердить бюджет и планы Организации и один раз в пять лет через Исполнительный комитет Ассамблеи выбрать Генерального директора. Научные и технические взгляды ВОЗ на глобальное здравоохранение постоянно корректируются разнообразием мнений, потребностями и предпочтениями ее государств-членов.

14. Внутренние возможности ВОЗ для реагирования на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения ориентированы на относительно краткосрочные, географически ограниченные события, то есть на тот вид событий, с которыми ВОЗ сталкивается неоднократно каждый год. В отличие от этого пандемия требует всемирных ответных мер на протяжении от одного года до двух лет. До этой пандемии в течение последних десятилетий тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) был единственной глобальной чрезвычайной ситуацией, которая дала возможность ВОЗ предвидеть заранее требования, которые может повлечь за собой пандемия. Однако ТОРС продолжался лишь несколько месяцев и поразил всего около двух десятков стран.

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

15. Комитет по обзору предлагает три основных вывода, подкрепляющие рекомендации, сделанные им после изучения функционирования Международных медико-санитарных правил (2005 г.), и касающиеся гриппа А (H1N1) - 2009.

Краткий вывод 1

16. ММСП помогли сделать мир лучше подготовленным к преодолению чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения. Основные национальные и местные возможности, предложенные в ММСП, не являются полностью оперативными и в настоящее время не находятся на пути к своевременному осуществлению во всем мире.

Краткий вывод 2

17. ВОЗ хорошо и различными способами действовала во время пандемии, противостояла системным трудностям и продемонстрировала некоторые недостатки. Комитет не обнаружил никаких свидетельств неправомерных действий.

Краткий вывод 3

18. Мир плохо подготовлен к реагированию на сильные пандемии гриппа или на любые подобные глобальные, длительные и угрожающие общественному здравоохранению чрезвычайные ситуации. Помимо создания основных возможностей общественного здравоохранения, предложенных в ММСП, глобальную готовность можно улучшить с помощью исследований, использования многосекторального подхода, более сильных систем оказания медико-санитарной помощи, экономического развития в странах с низкими и средними уровнями доходов и улучшения состояния здоровья.

19. В остальной части данного раздела кратко излагаются выводы и объяснения Комитета, а также рекомендации, сопровождающие каждый вывод.

Краткий вывод 1

20. *ММСП помогли сделать мир лучше подготовленным к преодолению чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения. Основные национальные и местные возможности, предложенные в ММСП, не являются полностью оперативными и не находятся на пути к своевременному осуществлению во всем мире.*

21. Разработка ММСП потребовала более чем десяти лет сложных обсуждений. Хотя ММСП и не являются совершенными, они значительно улучшили охрану здоровья в мире. Комитет сосредоточил свои рекомендации на том, каким образом в настоящее время можно укрепить осуществление ММСП. ММСП ориентированы на установление равновесия между суверенитетом отдельных государств-участников и общим благополучием международного сообщества и учитывают экономические и социальные интересы, а также охрану здоровья. Рекомендации Комитета признают эти внутренние

напряженности и сосредоточены на действиях, которые могут укрепить общую цель глобальной безопасности общественного здравоохранения.

22. Комитет высоко оценивает следующие положения ММСП:

- ММСП обязывают ВОЗ получать консультативную экспертную помощь при объявлении о начале или прекращении чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение.
- ММСП решительно поощряют страны к техническому сотрудничеству друг с другом и материально-технической поддержке для создания возможностей.
- ММСП поощряют разработку систематических подходов к эпиднадзору, системам раннего предупреждения и ответным мерам в государствах-членах.
- ММСП требуют учредить национальных координаторов по ММСП для создания двустороннего канала коммуникаций между ВОЗ и государствами-членами.
- ММСП привели ряд стран к укреплению эпиднадзора, оценки риска, возможностей для принятия ответных мер и процедур отчетности о рисках для общественного здравоохранения.
- ММСП внедрили схему принятия решений (Приложение 2) для действий общественного здравоохранения, которая оказалась более гибким и полезным инструментом, чем замененный ею перечень болезней, подлежащих уведомлению.
- ММСП требуют от стран обмениваться информацией, относящейся к рискам для общественного здравоохранения.
- ММСП требуют от государств-участников, чтобы при осуществлении дополнительных мер, значительно препятствующих международным перевозкам и торговле, они информировали ВОЗ о таких мерах и предоставляли обоснование с точки зрения общественного здравоохранения и соответствующую научную информацию, связанную с такими мерами.

23. Несмотря на эти положительные характеристики ММСП, многим государствам-участникам не хватает основных возможностей для выявления, оценки и сообщения о потенциальных угрозах для общественного здравоохранения и они не находятся на пути к выполнению своих обязательств в отношении планов и инфраструктуры к 2012 г. - сроку указанному в ММСП. Продолжение этой тенденции воспрепятствует странам в создании этих возможностей и в полном осуществлении ММСП. Из 194 государств-членов 128, или 66%, ответили на недавний вопросник ВОЗ об их прогрессе. Только 58% респондентов сообщили о разработке национальных планов по выполнению требований о создании основных возможностей и всего лишь 10% ответивших стран указали, что они полностью создали возможности, предусмотренные в ММСП. Кроме того, как документально подтверждено внешними исследованиями и вопросником ВОЗ, у НК по ММСП

отсутствуют достаточные полномочия для своевременной передачи в ВОЗ информации, связанной с чрезвычайными ситуациями в области общественного здравоохранения.

24. Наиболее важным структурным недостатком ММСП является отсутствие применимых санкций. Например, если страна не может объяснить, почему она приняла меры, более ограничивающие поездки и торговлю, чем рекомендовано ВОЗ, это не влечет за собой никаких юридических последствий.

25. Для преодоления некоторых из этих проблем Комитет рекомендует следующее:

Рекомендация 1

26. **Ускорить создание основных возможностей, требуемых ММСП.** ВОЗ и государства-участники должны уточнить и обновить свои стратегии для выполнения требований ММСП, касающихся создания основных возможностей, сосредоточившись сначала на тех странах, которые сталкиваются с трудностями в создании таких возможностей к 2012 году. Одним из способов поддержки и ускорения создания возможностей будет для ВОЗ привлечение соответствующих учреждений и организаций, желающих оказывать техническую помощь заинтересованным странам в оценке их потребностей и создании условий для инвестиций. Обеспечение условий для инвестиций в создание возможностей по ММСП и последующая мобилизация ресурсов повысят вероятность того, что больше государств-участников смогут соблюдать требования ММСП. Страны и организации - доноры могут использовать Приложение 1А ММСП в качестве приоритетного перечня для формирования поддержки, и использовать возможности для обмена специализированными ресурсами, такими как лаборатории, между странами. ВОЗ следует также свое руководство 2007 г. в отношении функций НК и включить примеры надлежащей практики для повышения практической ценности ММСП.

Рекомендация 2

27. **Улучшить информационный сайт ВОЗ о событиях.** ВОЗ следует улучшить свой информационный сайт о событиях (ИСС), чтобы сделать его авторитетным ресурсом для распространения надежной, обновленной и легкодоступной международной информации об эпидемиях. Государства-участники должны полагаться на ИСС как на главный источник информации об эпидемиологическом статусе, оценке риска, ответных мерах и их обосновании. ИСС может также использоваться для размещения руководства ВОЗ до его опубликования для широкой общественности. Дополнительные способы усиления ИСС включают:

- Использование ИСС для руководящих указаний и сообщений для НК.
- Предоставление государствами-участниками ВОЗ возможностей для обмена большим объемом информации.
- Информирование о большем числе событий и предоставление большего объема информации о каждом событии. Например, для каждого события могут быть предоставлены карты, расширенные оценки риска и рекомендации, а также

указаны связи с соответствующим руководством ВОЗ и сотрудничающими центрами.

- Размещение всех временных и постоянных рекомендаций, выпущенных в соответствии с ММСП, и информации о государстве-члене, которое принимает дополнительные меры, и обоснование таких мер, а также информации о состоянии запроса ВОЗ на представление таких обоснований.

Рекомендация 3

28. **Усилить основанные на фактических данных решения, касающиеся международных поездок и международной торговли.** Если государства-участники применяют медико-санитарные меры, которые существенно нарушают международное движение и являются более строгими, чем рекомендованные ВОЗ, то Статья 43 ММСП предусматривает, что государства-участники должны проинформировать ВОЗ о своих действиях. (Как указано в Статье 43, "под существенным нарушением обычно подразумевается отказ во въезде или в отправлении лиц, совершающих международную поездку, багажа, грузов, контейнеров, перевозочных средств или тому подобное, или их задержка, более чем на 24 часа.") В таких обстоятельствах ВОЗ следует энергично стремиться к тому, чтобы получать обоснование с точки зрения общественного здравоохранения и соответствующую научную информацию, обмениваться ею с другими государствами-участниками и, в соответствующих случаях, потребовать пересмотра, как этого требует Статья 43. ВОЗ следует рассмотреть и оценить эффективность и воздействие пограничных мер, принятых во время пандемии, в поддержку основанного на фактических данных руководства для будущих событий.

Рекомендация 4

29. **Обеспечить необходимые полномочия и ресурсы для всех национальных координаторов по ММСП.** Государствам-участникам следует обеспечить, чтобы назначенные национальные координаторы по ММСП обладали полномочиями, ресурсами, процедурами, знаниями и подготовкой для коммуникаций со всеми уровнями их правительств и, в случае необходимости, от имени своих правительств.

Краткий вывод 2

30. *ВОЗ хорошо и различными способами действовала во время пандемии, противостояла системным трудностям и продемонстрировала некоторые недостатки. Комитет не обнаружил никаких свидетельств неправомерных действий.*

31. Как свидетельствуют государства-участники, ВОЗ обеспечила хорошее руководство при координации глобальных ответных мер на протяжении всего срока существования пандемии. Функции ВОЗ по расследованию эпидемий в последние годы были усилены в результате применения Системы управления событиями, увеличения возможностей региональных бюро и функционирования Глобальной сети предупреждения о вспышках болезней и ответных действий.

32. Комитет высоко оценивает следующие действия, предпринятые ВОЗ и другими партнерами:

- Разработка руководства по обеспечению готовности к гриппу и ответным мерам для предоставления информации при составлении национальных планов. Когда началась пандемия, планы по обеспечению готовности к пандемии были в наличии в 74% стран.

- Установление эффективных партнерских связей и межучережденческое сотрудничество (с Детским фондом Организации Объединенных Наций и Управлением Организации Объединенных Наций по обслуживанию проектов), включая тесное сотрудничество с ветеринарным сектором (Всемирной зооветеринарной организацией и Продовольственной и сельскохозяйственной Организацией Объединенных Наций) по техническим и политическим вопросам.

- Быстрое развертывание на местах, а также раннее руководство и помощь пострадавшим странам.

- Своевременное выявление, идентификация, первоначальная характеризация и мониторинг пандемического вируса (H1N1) - 2009 с помощью Глобальной сети эпиднадзора за гриппом.

- Выбор вируса для противопандемической вакцины и разработка реассортантного вируса для первой вакцины-кандидата в течение 32 дней после объявления чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение.

- Получение в течение нескольких недель посевных штаммов для производства вакцины и контрольных реагентов.

- Своевременные политические рекомендации в отношении целевых групп и дозировки вакцин Стратегической консультативной группы экспертов ВОЗ (SAGE) по иммунизации.

- Еженедельный сбор, анализ и распространение глобальных эпидемиологических, вирусологических и клинических данных эпиднадзора.

- Быстрое назначение Комитета по чрезвычайной ситуации в составе высококвалифицированных лиц, созванного в течение 48 часов после начала действия положений ММСП.

- Эффективное распределение более 3 миллионов лечебных курсов противовирусных препаратов среди 72 стран.

- Создание механизма для оказания странам помощи в мониторинге создания ими основных возможностей по ММСП.

33. Комитет также отметил системные трудности, с которыми столкнулась ВОЗ, и некоторые недостатки со стороны ВОЗ:

- Отсутствие последовательного, измеримого и понятного описания тяжести пандемии. Даже если определение пандемии и зависит исключительно от распространенности, степень ее тяжести влияет на политические варианты, индивидуальные решения и общественный интерес. Необходима надлежащая оценка тяжести на национальном и субнациональном уровнях. Эти данные будут использованы ВОЗ для анализа глобальной ситуации по мере ее развития и дадут ей возможность своевременно предоставить информацию государствам-членам. Однако Комитет признает, что характеризовать тяжесть практически осуществить сложно и трудно.

- Чрезвычайно распространенная путаница в отношении определения пандемии. В одном онлайновом документе ВОЗ пандемии описаны как вызывающие "огромное число случаев смерти и заболевания", тогда как официальное определение пандемии основано только на распространенности. Когда без объяснения причин ВОЗ изменила некоторые свои онлайновые документы для приведения их в соответствие со своим определением пандемии, она вызвала подозрение скорее в скрытом изменении определения, чем в желании сделать свои определения пандемии более точными и последовательными. Нежелание признать свою часть вины в неправильном понимании специального определения вызвали подозрения по отношению к Организации.

- Структура фаз пандемии, которая является излишне сложной. Многофазовая структура содержит больше стадий, чем дифференцированные ответные меры. Четко определенные фазы, ведущие к пандемии, являются более полезными для целей планирования, чем для оперативного руководства.

- Еженедельные запросы на конкретные данные для некоторых стран были слишком обременительными, особенно для тех, которые имеют ограниченные эпидемиологические и лабораторные возможности. Должностные лица в странах не всегда были убеждены в том, что представленные ими данные анализируются и используются, особенно по мере развития пандемии. Например, некоторые считали, что продолжающийся подсчет случаев давал меньше полезной информации, чем это могли бы сделать показатели госпитализации, осложнений и случаев смерти в странах, пострадавших на ранних стадиях пандемии.

- Решение сохранить конфиденциальность членов Комитета по чрезвычайной ситуации. Хотя конфиденциальность и представляет собой понятное усилие защитить членов от внешнего давления, это парадоксальным образом способствовало подозрению Организации в том, что она имеет что-то скрыть. Несмотря на то, что это решение соответствует практике ВОЗ в отношении других комитетов экспертов, членский состав которых обычно разглашается только в конце, как правило, однодневной консультации, такая практика не подходит Комитету, работа которого продолжается в течение многих месяцев.

- Отсутствие достаточно четкого, систематического и открытого комплекта процедур для разглашения, признания и решения конфликтов интересов среди экспертов-консультантов. В частности, потенциальные конфликты интересов у членов Комитета по чрезвычайной ситуации не были своевременно сняты ВОЗ. Пять членов Комитета по чрезвычайной ситуации и один советник этого Комитета заявили о потенциальных конфликтах интересов. Ни один из них не был признан достаточно важным, чтобы исключить членов из состава Комитета по чрезвычайной ситуации. Соответствующие связи были опубликованы наряду с фамилиями членов Комитета по чрезвычайной ситуации 10 августа 2010 г. , когда было объявлено о завершении пандемии. Однако до публикации этой информации предположения о возможных связях членов Комитета по чрезвычайно ситуации с промышленностью вызвали подозрения в неправильных действиях. Комитет по обзору признает, что ВОЗ предпринимает шаги для улучшения преодоления конфликта интересов даже во время проведения настоящего обзора.

- В важный момент принятия решения о пандемии (при переходе от фазы 4 к фазе 5) совещаться приходится с Комитетом по чрезвычайной ситуации неполного состава, вместо того, чтобы запросить мнения Комитета по чрезвычайной ситуации полного состава.

- Решение сократить активные коммуникации со средствами массовой информации после объявления фазы 6 (например, в результате прекращения проведения регулярных пресс-конференций, сосредоточенных на развитии пандемии) было рекомендовано неправильно.

- Несогласие признать правомерность некоторой критики, в частности в отношении непоследовательных описаний пандемии, или отсутствие своевременного разглашения связей, потенциально могущих создать конфликт интересов у экспертов, которые высказывали рекомендации по планам и мерам в ответ на пандемию. В таких случаях ВОЗ может непреднамеренно способствовать путанице и подозрениям.

- Недостаточно жесткое реагирование на критику, поставившее под сомнение принципиальность Организации.

- Несмотря на распределение в конечном счете 78 миллионов доз пандемической противогриппозной вакцины 77 странам, многочисленные системные трудности препятствовали своевременному распределению предоставленных бесплатно вакцин. К основным трудностям относились вариации в готовности бесплатно предоставить вакцины, обеспокоенность по поводу ответственности, сложность переговоров по поводу юридических соглашений, отсутствие процедур получения исключений в отношении национальных регулирующих требований и ограниченные национальные и местные возможности для транспортировки, хранения и практического применения вакцин. Некоторые страны-получатели считали, что ВОЗ неадекватно объяснила, что положения об ответственности,

включенные в соглашение о получении вакцин, были теми же, что и положения об ответственности, принятые странами, приобретающими вакцины. Все эти трудности оказались ошеломляющими в середине пандемии; некоторые могли бы быть сокращены посредством согласованной подготовки и организации до пандемии между всеми заинтересованными сторонами.

- Отсутствие своевременного руководства на всех официальных языках ВОЗ.

- Отсутствие связного, самого общего комплекта процедур и приоритетов для публикации последовательного и своевременного технического руководства привело к тому, что многочисленные технические подразделения Организации индивидуально составили не поддающееся обработке число документов.

34. В критике говорится, что ВОЗ значительно преувеличила серьезность пандемии. Однако разумная критика может быть основана только на том, что было известно в то время, а не на том, что стало известно позднее. Комитет признал, что фактические данные о более ранних вспышках привели многих экспертов в ВОЗ и других местах к тому, что они предположили возможность более тяжелой пандемии, чем произошедшая впоследствии. Степень тяжести пандемии была крайне неопределенной в середине 2009 г., и было упущено время, когда странам необходимо было бы разместить заказы на вакцину. Обсервационное исследование 899 пациентов, госпитализированных в Мексике в период между концом марта и 1 июня 2009 г., показало, что пандемия (H1N1) - 2009 диспропорционально поразила молодых людей. Пятьдесят восемь пациентов (6,5% госпитализированных) заболели тяжелой формой с осложнениями, включавшими острый респираторный дистресс-синдром и шок. Среди тяжело больных коэффициент смертности составил 41% (*1*). Эти статистические данные вызывали тревогу. Даже зарегистрированный коэффициент смертности в одну треть от этого уровня среди тяжело больных в Канаде вызывал обеспокоенность (*2*). В августе 2009 г. Консультативный совет по науке и технике при Президенте Соединенных Штатов Америки опубликовал доклад, в котором предполагался возможный сценарий смерти 30 000 - 90 000 человек от пандемии (H1N1) - 2009 только в Соединенных Штатах Америки (*3*). Средний и более высокий уровень этого сценария оказался в пять раз выше, чем послепандемические оценки фактического числа случаев смерти (*4*). Даже в таком случае уровень в 87% случаев смерти, произошедших среди людей в возрасте моложе 65 лет, с риском смерти среди детей и работающих взрослых в семь и 12 раз, соответственно, был выше, чем во время обычного сезонного гриппа (*4*).

35. Некоторые комментаторы обвинили ВОЗ в том, что она поспешила объявить фазу 6, и предположили в качестве причины желание обогатить производителей вакцин, так как соглашения об авансовых закупках с некоторыми из них могли начать действовать после объявления фазы 6. Далекая от ускорения объявления фазы 6, ВОЗ задерживала объявление этой фазы до тех пор, пока не поступили неопровержимые данные об устойчивом распространении на уровне общин во многих регионах мира. В той мере, в какой мог установить Комитет по обзору, никакая критика ВОЗ не содержала никаких прямых фактических данных о коммерческом влиянии на принятие решений. В своих интервью с сотрудниками и членами консультативных комитетов, включая

Стратегическую консультативную группу экспертов и Комитет по чрезвычайной ситуации, и с представителями промышленности, а также при рассмотрении внутренних и внешних документов Комитет по обзору не нашел никаких свидетельств попыток или фактического влияния коммерческих интересов на высказанные консультативные заключения или решения, принятые ВОЗ. По мнению Комитета, предположение некоторых критиков о том, что невидимое коммерческое влияние было оказано на действия ВОЗ, игнорирует силу основной идеи общественного здравоохранения, которая состоит в профилактике болезней и спасении жизней.

36. Комитет по обзору делает следующие рекомендации:

Рекомендация 5

37. **Укрепить внутренний потенциал ВОЗ для принятия устойчивых ответных мер.** ВОЗ должна укрепить свой внутренний потенциал для реагирования на долговременную чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение, такую как пандемия, определяя навыки, ресурсы и внутренние организационные мероприятия в поддержку ответных мер, продолжающихся более чем несколько месяцев. К внутренним организационным мероприятиям, которые ВОЗ следует укрепить, относятся следующие:

- Определить навыки, ресурсы и корректировки, необходимые для выполнения ВОЗ своей роли по координации и глобальной поддержке.
- Учредить внутреннюю, подготовленную, многодисциплинарную группу сотрудников, которые будут автоматически освобождаться от своих обычных обязанностей на неопределенное время с четкой ротацией через установленные промежутки времени.
- Обеспечить возможность круглосуточного и семидневного удовлетворения индивидуальных потребностей в размещении, питании, транспорте и уходе за детьми для сотрудников ВОЗ, участвующих в непрерывных действиях по реагированию на чрезвычайную ситуацию.
- Создать структуру управления событиями, которую можно будет поддерживать на протяжении всей пандемической или иной устойчивой глобальной чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения.

Рекомендация 6

38. **Улучшить практику назначения Комитета по чрезвычайной ситуации.** ВОЗ следует принять политику, стандарты и процедуры для назначения Комитета по чрезвычайной ситуации и руководства этим Комитетом, которые обеспечат надлежащий диапазон опыта в Комитете, широкие консультации и транспарентность в отношении отсутствия конфликта интересов.

- Как предусмотрено в Статье 48 ММСП, ВОЗ назначает Комитет по чрезвычайной ситуации с таким диапазоном опыта и с такой географической представленностью, которые соответствуют каждому событию. Комитет по обзору сделал также вывод о целесообразности наличия более широкого диапазона опыта членов Комитета по чрезвычайной ситуации, в том числе и по передаче информации о риске. Комитет по обзору признал, что ВОЗ должна назначать членов Комитета по чрезвычайной ситуации с такими навыками и с таким опытом, которые конкретно соответствуют каждому событию, для которого он создается. Для пандемии гриппа такой опыт включает вирусологию, лабораторную оценку, эпидемиологию, общественное здравоохранение и опыт руководства, ветеринарию, оценку риска и передачу информации о риске, а также методологический опыт систематических обзоров научной литературы.

- Для обеспечения представленности всех мнений ВОЗ следует пригласить всех членов Комитета по чрезвычайной ситуации участвовать во всех его основных обсуждениях.

- ВОЗ следует уточнить свои стандарты и принять более транспарентные процедуры для назначения членов таких комитетов экспертов, как Комитет по чрезвычайной ситуации, с учетом потенциального конфликта интересов. Фамилии, соответствующая подготовка и опыт, а также связи членов Комитета по чрезвычайной ситуации должны разглашаться во время их предлагаемого назначения с обеспечением возможности для комментариев со стороны общественности в течение начального, испытательного периода службы, применяемого ко всем членам Комитета. ВОЗ следует установить четкие стандарты для определения наличия такого конфликта интересов, который потребует лишения права участвовать в Комитете, и ей следует иметь четкие процедуры для определения, когда и на какой основе могут делаться исключения, чтобы добиться необходимого опыта или баланса. Комитет по обзору признает необходимость проводить консультации экспертов в конфиденциальной обстановке, чтобы Генеральный директор имела возможность воспользоваться результатами беспристрастного обсуждения и консультаций. Желательность конфиденциальных консультаций усиливает бремя транспарентности, налагаемое на стандарты для назначения.

- В качестве части активного и четкого подхода к преодолению конфликтов интересов ВОЗ следует назначить должностное лицо по вопросам этики.

Рекомендация 7

39. **Пересмотреть руководство по обеспечению готовности к пандемии.** ВОЗ следует пересмотреть свое руководство по обеспечению готовности к пандемии, с тем чтобы: упростить фазовую структуру (одной из возможностей является принятие только трех фаз - базисной, тревожной и пандемической); подчеркнуть основанный на оценке риска подход, чтобы дать возможность более гибко реагировать на различные сценарии развития событий; широко использовать многосекторальное участие; основываться на уроках,

извлеченных на страновом, региональном и глобальном уровне; и включить дальнейшее руководство по оценке риска.

Рекомендация 8

40. **Разработать и применить меры для оценки степени тяжести пандемии.** ВОЗ следует разработать и применить меры, которые могут быть использованы для оценки тяжести каждой эпидемии гриппа. Посредством ежегодного применения, оценки и уточнения средств измерения тяжести ВОЗ и государства-члены смогут лучше подготовиться к оценке тяжести следующей пандемии. Оценка тяжести не требует изменения определения пандемии на другое, основанное на иных факторах, чем степень распространенности. Измеренные и прогнозируемые показатели тяжести, хотя и не являются частью определения пандемии, скорее являются основными компонентами принятия решений в условиях пандемии.

41. Комитет признает, что оценка тяжести является особенно трудной в начальной фазе вспышки, что тяжесть обычно варьируется в зависимости от места и времени и что тяжесть имеет многочисленные показатели (число случаев смерти, госпитализации и заболевания, причем каждое варьируется по возрасту и другим признакам, таким как предыдущее состояние здоровья и доступ к медицинской помощи; бремя для системы здравоохранения; и социально-экономические факторы). Описательные термины, используемые для характеризации степени тяжести, такие как низкая, умеренная и сильная, в будущих руководящих принципах ВОЗ должны быть определены количественно, чтобы они могли последовательно применяться различными наблюдателями и в различных местах. Комитет призывает рассмотреть гибкие измерения, как можно быстрее переходящие от раннего подсчета случаев заболевания, госпитализации и смерти к демографическим показателям. Тяжесть должна оцениваться как можно раньше во время пандемии и подвергаться непрерывной переоценке по мере развития пандемии и поступления новой информации. Тяжесть может оцениваться с помощью группы показателей в заранее согласованном минимальном комплекте данных (например, коэффициенты госпитализации, данные о смертности, определение уязвимых групп населения и оценка воздействия на системы здравоохранения). Оценки тяжести должны сопровождаться интервалами доверия или неопределенности, относящимися к каждой оценке.

Рекомендация 9

42. **Упорядочить ведение руководящих документов.** ВОЗ необходима стратегия и система управления документооборотом, для того чтобы справиться с составлением, утверждением, переводом и распространением руководств и других технических документов своевременным и последовательным образом во время чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения. Временное руководство следует пересматривать по мере поступления новых данных. По возможности, если руководящие принципы имеют возможные политические последствия, ВОЗ следует принять все меры к тому, чтобы проконсультироваться с государствами-членами и предоставить им предварительное уведомление о предстоящих публикациях. ВОЗ следует также создать

возможности для обеспечения последовательности руководящих принципов во всей Организации, признавая в то же время, что условия в различных регионах и отдельных странах могут различаться.

Рекомендация 10

43. **Разработать и осуществить стратегическую, общую для всей Организации политику в области коммуникаций.** ВОЗ следует разработать общую для всей Организации коммуникационную политику и стратегический подход к улучшению регулярной передачи информации и передачи информации в чрезвычайных ситуациях. Стратегический подход подразумевает согласование содержания, формы и стиля коммуникаций со средствами массовой информации, сроков и частоты передачи информации для достижения предполагаемой аудитории и достижения предполагаемой цели. ВОЗ должна быть готова к принятию активных, долгосрочных коммуникационных мер, когда этого требуют обстоятельства, признанию ошибок, а также к профессиональному и жесткому реагированию на необоснованную критику. Процедуры опубликования на веб-сайте должны быть уточнены, чтобы изменения на веб-страницах можно было прослеживать во времени и архивировать. ВОЗ следует инвестировать в сильное присутствие в социальных средствах, чтобы быстро передавать информацию более широкой и разнообразной аудитории.

Рекомендация 11

44. **Поощрять заключение предварительных соглашений о распределении и поставках вакцины.** Согласованно с усилиями государств-членов и основываясь на существующих системах распределения вакцин, ВОЗ следует поощрять заключение предварительных соглашений с соответствующими учреждениями и органами и между ними в государствах-членах с производителями вакцин и другими соответствующими сторонами, которые будут способствовать утверждению и поставкам пандемических вакцин в страны с незначительными ресурсами, для повышения справедливости в снабжении и поддержки предварительного планирования мероприятий по назначению вакцин.

Краткий вывод 3

45. *Мир плохо подготовлен к реагированию на сильные пандемии гриппа или на любые подобные глобальные, длительные и угрожающие общественному здравоохранению чрезвычайные ситуации. Помимо создания основных возможностей общественного здравоохранения, предложенных в ММСП, глобальную готовность можно улучшить с помощью исследований, более сильных систем оказания медико-санитарной помощи, экономического развития в странах с низкими и средними уровнями доходов и улучшения состояния здоровья.*

46. Несмотря на прогресс, который представляют собой ММСП, и на успех ВОЗ в мобилизации вкладов со стороны глобального сообщества, неизбежная реальность заключается в том, что во время тяжелой пандемии риску смерти будут подвергаться

десятки миллионов человек. Фундаментальный разрыв между глобальными потребностями и глобальными возможностями должен быть ликвидирован.

47. Помимо конкретных мер, рекомендованных выше для полного осуществления положений ММСП и улучшения функционирования ВОЗ, мир может лучше подготовиться к следующей чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения с помощью выраженной заранее государствами-членами приверженности индивидуальной и коллективной работе с ВОЗ.

48. Комитет по обзору предлагает следующие рекомендации:

Рекомендация 12

49. **Создать более широкий глобальный резерв трудовых ресурсов общественного здравоохранения.** Государствам-членам по согласованию с ВОЗ следует создать более широкий глобальный резерв экспертов и специалистов общественного здравоохранения, мобилизуемых в рамках непрерывных мер в ответ на глобальную чрезвычайную ситуацию в области здравоохранения и используемых для работы в странах, которым необходима такая помощь. Численность, состав и правила привлечения и использования такого резерва - Глобального резерва трудовых ресурсов для чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения - следует определить посредством консультаций и взаимных соглашений между государствами-членами и ВОЗ. Численность и особые квалификации привлеченных экспертов будут зависеть от конкретных характеристик чрезвычайной ситуации, для реагирования на которую созываются члены этого резерва. Такой резерв значительно расширит существующую Глобальную сеть предупреждения о вспышках и ответных действий, укрепит ее состав, ресурсы и возможности для оказания лучшей поддержки непрерывным мерам в ответ на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения.

50. **В настоящее время возможности ВОЗ по обеспечению устойчивой подготовки и реагирования на любую чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения** крайне ограничены в результате хронической нехватки финансирования, которая усугубляется ограничениями, налагаемыми на использование средств, поступающих от государств-членов, партнеров и других доноров. Осознавая обеспокоенность в отношении эффективности и подотчетности, которая лежит в основе некоторых ограничений, Комитет считает, что создание за пределами ВОЗ резервного фонда, который будет в наличии для использования ВОЗ во время чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, будет разумным шагом для обеспечения незамедлительных и эффективных глобальных ответных мер.

Рекомендация 13

51. **Создать резервный фонд для чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения.** Государствам-членам следует создать фонд для чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения в сумме по крайней мере в 100 млн. долл. США, которая будет храниться на условиях доверительной собственности в таком месте и в такой форме, чтобы быть легко доступной для ВОЗ. Средства этого фонда,

которые будут использоваться для удовлетворения пиковых потребностей, но не для приобретения материалов, будут высвобождаться частично или полностью во время объявленной чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, на основе утверждения плана расходов и отчетности, представленного ВОЗ. Точные условия использования этого фонда должны быть обсуждены государствами-членами в консультации с ВОЗ.

*****

52. Комитет по обзору высоко оценивает усилия государств-членов по достижению согласия в отношении обмена вирусами и распределения вакцин. Комитет по обзору считает, что успех будет зависеть от взаимных ожиданий в отношении пропорциональных, сбалансированных преимуществ и вкладов всех участников. Соглашение, дающее односторонние преимущества, или ожидающее вкладов без выгоды, или же наоборот, никогда не будет ни приемлемым, ни устойчивым. Комитет по обзору также считает, что обязательства и преимущества, не связанные юридическими рамками, вряд ли будут длительными.

Рекомендация 14

53. **Достичь соглашения в отношении обмена вирусами и доступа к вакцинам и другим преимуществам.** Комитет по обзору настоятельно призывает государства-члены и ВОЗ завершить переговоры в рамках Рабочей группы государств-членов открытого состава по обеспечению готовности к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам. Успешное завершение этих переговоров приведет к более широкому наличию вакцин и большей справедливости в условиях следующей пандемии, а также к непрерывному и своевременному обмену вирусами гриппа.

54. Комитет по обзору предлагает рассмотреть следующие элементы в качестве части приемлемого соглашения.

55. Меры для расширения глобальных возможностей по производству вакцин:

- ВОЗ следует продолжить свою практику работы с лабораториями общественного здравоохранения с целью обеспечить широкое наличие посевных вакцинных штаммов для всех производителей вакцин.

- В той мере, в какой это соответствует национальным приоритетам, оценкам риска и ресурсам, Комитет по обзору настоятельно призывает страны ежегодно вакцинировать свое населения против сезонного гриппа. Это может уменьшить бремя болезни, содействовать расширению опыта местного производства, распределения и предоставления, а также способствовать увеличению глобального потенциала по производству вакцин. В более широком плане опыт всесторонних программ, осуществляемых во время сезонного гриппа (в таких областях, как эпиднадзор, коммуникации, просвещение профессиональных работников и населения, меры охраны здоровья и фармацевтические препараты), обеспечивает ценную подготовку до наступления крупной пандемии.

- Комитет призывает страны укрепить свои возможности для получения, хранения, распределения и применения вакцин. Технические достижения, которые сокращают использование холодовой цепи и иным образом упрощают регулирование, упорядочат эти процессы.

- Комитет призывает государства-члены, международные организации и промышленность оказывать помощь в передаче технологий для производства вакцин и адъювантов в тех частях мира, в которых в настоящее время для этого отсутствуют возможности, таких как Африка, посредством создания таких программ, как Глобальный план действий по увеличению снабжения вакцинами против пандемического гриппа (GAP).

56. Меры для увеличения доступа, ценовой приемлемости и распределения пандемической вакцины:

- Все производители вакцин должны взять обязательство выделять 10% вакцин против пандемического гриппа из каждого производственного цикла в глобальный пул для перераспределения. ВОЗ должна отвечать за руководство выделением вакцин из этого пула на основе рекомендаций консультативного комитета.

- Увеличения доступа к вакцинам и антивирусным препаратам можно достичь с помощью предварительных соглашений между промышленностью, ВОЗ и странами. Эти соглашения должны быть обсуждены без учета подтипа вируса на определенный период времени (например, от трех до пяти лет) и регулярно пересматриваться и обновляться.

- Другие меры, которые могут способствовать большему и более справедливому доступу к вакцине, включают установление дифференцированных цен, прямую экономическую помощь странам с незначительными ресурсами и дополнительное бесплатное предоставление вакцины покупающими странами или производителями.

- Страны, получающие вакцину бесплатно, должны соблюдать ту же практику освобождения производителей от некоторых юридических обязательств или компенсации, как и любые другие покупатели вакцины.

57. Меры по выявлению и быстрой идентификации потенциальных пандемических вирусов гриппа:

- Каждое государство-член должно взять на себя обязательство быстро обменяться с сотрудничающими с ВОЗ лабораториями любыми биологическими образцами и вирусными изолятами, которые могут быть связаны с новым или вновь возникающим вирусом гриппа среди популяций человека или животных. Изоляты вирусов от животных должны быстро отправляться через соответствующую ветеринарную систему. Обмен образцами и вирусными изолятами должен сопровождаться договоренностями об обмене преимуществами, включая доступ к вакцинам.

*****

58. Возможностям мира предотвращать и ограничивать тяжелую пандемию препятствуют многие факторы: излишнее доверие к технологии производства вакцины, которая мало изменилась за последние 60 лет; необходимость приспособить вакцину к конкретным вирусным штаммам; неспособность предсказать, какие вирусы гриппа будут опасными для здоровья человека; неопределенность в отношении эффективности многих фармацевтических препаратов и мер общественного здравоохранения; отсутствие испытанных на местах, быстрых, доступных, исключительно чувствительных и специфичных диагностических тестов; и ограничения, связанные с инфраструктурой, ресурсами и возможностями во многих странах. Необходимы также лучшие знания и практические стратегии для осуществления мер защиты общественного здравоохранения и индивидуальной защиты, таких как мытье рук, респираторный этикет, изоляция и социальное дистанцирование.

59. Некоторые из этих ограничений можно со временем уменьшить с помощью национальных и международных исследований. Кроме того, результаты исследований индивидуальных и общественных защитных мер могут применяться к любой возникающей угрозе для здоровья населения, особенно если существует мало или не существует никаких лекарств или вакцин. Поскольку оценка мер общественного здравоохранения обычно должна проводиться в реальное время развития вспышки, важно заранее разработать и подготовить протоколы и планы исследований. Помимо достижений в исследованиях, глобальная устойчивость зависит от факторов организма и окружающей среды, поэтому улучшение состояния здоровья, содействие экономическому развитию и укрепление систем здравоохранения могут уменьшить воздействие будущего пандемического вируса.

Рекомендация 15

60. **Продолжать осуществление всесторонней программы исследования и оценки гриппа.** Государства-члены индивидуально и в сотрудничестве друг с другом и с ВОЗ должны продолжать осуществление всесторонней программы исследования и оценки гриппа. Это должно основываться на тщательном рассмотрении фактических данных, полученных во всех областях из пандемии H1N1 - 2009. Основные цели исследования включают: укрепить технологии эпиднадзора, а также эпидемиологические и лабораторные возможности для улучшения выявления, характеризации и мониторинга новых вирусов; идентифицировать детерминанты вируса и организма-хозяина, определяющие трансмиссивность и вирулентность; разработать быстрые, точные, недорогостоящие диагностические тесты для использования в местах оказания медицинской помощи; улучшить точность и своевременность прогнозов, основанных на моделировании; создать более широкий спектр исключительно эффективных, безопасных и более долгосрочных вакцин; ускорить производство вакцин и увеличить объем их производства; разработать более эффективные антивирусные лекарства и противомикробные препараты для лечения бактериальных осложнений; оценить эффективность лекарств, вакцин, оборудования индивидуальной защиты и общественных мероприятий; и укрепить передачу информации о риске. Значительную часть этих исследований и оценок можно и следует провести во время отсутствия пандемии. Однако некоторые исследования могут быть проведены только во время глобального события, такого как пандемия. Для таких исследований важно заранее подготовить протоколы и определить финансирование, чтобы исследования могли начаться незамедлительно.

61. Комитет по обзору с полным уважением адресовал эти 15 рекомендаций Всемирной организации здравоохранения, Всемирной ассамблее здравоохранения и ее государствам-членам, а также более широкому глобальному сообществу. В Таблице 4.1 изложены эти рекомендации в соответствии с основной ответственностью (ВОЗ или государств-членов) и временем для исполнения (один год, два года, более двух лет). Комитет считает, что все 15 рекомендаций должны быть выполнены незамедлительно.

Таблица 4.1 Распределение ответственности основных сторон и сроки выполнения рекомендаций в полном объеме

	Краткосрочная перспектива (в течение 1 года)	**Среднесрочная перспектива (в течение 2 лет)**	**Долгосрочная перспектива (более 2 лет)**
Под началом ВОЗ	**Улучшить информационный сайт ВОЗ о событиях** (Рекомендация 2) **Укрепить внутренний потенциал ВОЗ для принятия устойчивых ответных мер** (Рекомендация 5) **Улучшить практику назначения Комитета по чрезвычайной ситуации** (Рекомендация 6) **Упорядочить ведение руководящих документов** (Рекомендация 9) **Разработать и осуществить стратегическую, общую для всей Организации политику в области коммуникаций** (Рекомендация 10)	**Пересмотреть руководство по обеспечению готовности к пандемии** (Рекомендация 7) **Разработать и применить меры для оценки степени тяжести пандемии** (Рекомендация 8)	**Усилить основанные на фактических данных решения, касающиеся международных поездок и международной торговли** (Рекомендация 3)
Под началом стран	**Достичь соглашения в отношении обмена вирусами и доступа к вакцинам и другим преимуществам** (Рекомендация 14)	**Обеспечить необходимые полномочия и ресурсы для всех национальных координаторов по ММСП** (Рекомендация 4)	**Ускорить создание основных возможностей, требуемых ММСП** (Рекомендация 1)
Под совместным началом		**Поощрение практики заключения предварительных соглашений на распределение и поставку вакцин** (Рекомендация 11)	**Осуществление комплексной программы изучения гриппа и оценки ситуации с ним** (Рекомендация 15)

	Краткосрочная перспектива (в течение 1 года)	Среднесрочная перспектива (в течение 2 лет)	Долгосрочная перспектива (более 2 лет)
		Создание глобального резерва специалистов общественного здравоохранения в расширенном составе (Рекомендация 12) **Создание резервного фонда на случай чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения** (Рекомендация 13)	

62. Несмотря на то, что во время пандемии было сделано все возможное, главным детерминантом последствий был вирус, который ее вызвал. В условиях вирулентной пандемии гриппа или любой подобной глобальной, устойчивой и угрожающей чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, мир продолжает подвергаться риску массовых разрушений, страданий и потерь жизней. Комитет надеется, что данные рекомендации помогут ВОЗ и ее государствам-членам лучше подготовиться к предотвращению, уменьшению и преодолению будущих угроз для здоровья.

Ссылки

1. Domínguez-Cherit G et al. Critically Ill patients with 2009 influenza A(H1N1) in Mexico. *The Journal of the American Medical Association*, 2009, 302:1880–1887.doi:10.1001/jama.2009.1536 PMID:19822626

2. Kumar A et al.; Canadian Critical Care Trials Group H1N1 Collaborative. Critically ill patients with 2009 influenza A(H1N1) infection in Canada. *The Journal of the American Medical Association*, 2009, 302:1872–1879.doi:10.1001/jama.2009.1496 PMID:19822627

3. President's Council of Advisors on Science and Technology. Report to the President on US preparations for the 2009–H1N1 Influenza. 7 August 2009.

4. Shrestha SS et al. Estimating the burden of 2009 pandemic influenza A (H1N1) in the United States (April 2009–April 2010). *Clinical Infectious Diseases*, 2011, 52 Suppl 1; S75–S82.doi:10.1093/cid/ciq012 PMID:21342903

Члены Комитета по обзору

Д-р Preben Aavitsland, Директор департамента/главный эпидемиолог, Департамент эпидемиологии инфекционных болезней, Норвежский институт общественного здравоохранения, Осло, Норвегия

Профессор Tjandra Aditama, Генеральный директор Управления по борьбе с болезнями и гигиене окружающей среды, Министерство здравоохранения, Джакарта, Индонезия

Д-р Silvia Bino, адъюнкт-профессор по инфекционным болезням, руководитель Департамента по борьбе с инфекционными болезнями, Институт общественного здравоохранения, Тирана, Албания

Д-р Eduardo Hage Carmo, эпидемиолог, Проект Союза Южноамериканских Наций (UNASUR) Южноамериканского государственного института здравоохранения (ISAGS), Институт коллективного здравоохранения Федерального института здравоохранения Байи и консультант Секретариата Управления по эпидемиологическому надзору Министерства здравоохранения, Бразилия

Д-р Martin Cetron, Директор Отдела глобальной миграции и карантина, Национальный центр по возникающим и зоонозным инфекционным болезням, Центры борьбы с болезнями и профилактики болезней, Атланта, Джорджия, Соединенные Штаты Америки

Д-р Omar El Menzhi, Директор, Директорат по эпидемиологии и борьбе с болезнями, Министерство здравоохранения, Рабат, Марокко

Д-р Юрий Федоров, Заместитель директора, Федеральный центр гигиены и эпидемиологии, Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Москва, Российская Федерация

Д-р Harvey V. Fineberg (Председатель) Президент, Институт медицины, Вашингтон, О.К., Соединенные Штаты Америки

Г-н Andrew Forsyth, Руководитель группы, Медико-санитарное законодательство и политика, Бюро директора управления общественного здравоохранения, Министерство здравоохранения, Веллингтон, Новая Зеландия

Д-р Claudia González, партнер-директор, Epi-Sur Consultores, и профессор Центра эпидемиологии и политики общественного здравоохранения, Universidad del Desarrollo, Сантьяго, Чили

Д-р Mohammad Mehdi Gouya, Генеральный директор, Центр борьбы с болезнями, Министерство здравоохранения и медицинского образования, Тегеран, Исламская Республика Иран

Д-р Amr Mohamed Kandeel, Руководитель Сектора профилактики и эндемических болезней, первый заместитель Министра, Министерство здравоохранения и народонаселения, Египет

Д-р Arlene King, Главный специалист здравоохранения, Министерство здравоохранения и долгосрочной помощи Онтарио, Торонто, Онтарио, Канада

Профессор Abdulsalami Nasidi, бывший Директор, Управления общественного здравоохранения, Федеральное министерство здравоохранения, Абуджа, Нигерия

Профессор Paul Odehouri-Koudou, Директор, Национальный институт общественной гигиены, Абиджан, Кот-д"Ивуар

Д-р Nobuhiko Okabe, Директор Центра эпиднадзора за инфекционными болезнями, Национальный институт инфекционных болезней, Токио, Япония

Д-р Palliri Ravindran, Директор, Неотложная медицинская помощь, Генеральный директорат служб здравоохранения, Министерство здравоохранения, Нью-Дели, Индия

Профессор Mahmudur Rahman, Директор института эпидемиологии, Борьба с болезнями и исследования, Национальный центр по гриппу, Министерство здравоохранения и семейного благополучия, Дакка, Пакистан

Профессор José Ignacio Santos, Профессор и руководитель Отдела инфекционных болезней, Департамент экспериментальной медицины, Медицинский факультет, Национальный автономный университет Мексики, Мехико, Мексика

Г-жа Palanitina Tuipuimatagi Toelupe, Генеральный директор здравоохранения и Главный административный сотрудник Министерства здравоохранения, Самоа

Профессор Patricia Ann Troop, Независимый специалист, бывшая административный руководитель Агентства по охране здоровья, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии

Д-р Kumnuan Ungchusak, Старший эксперт по профилактической медицине, Бюро эпидемиологии, Департамент борьбы с болезнями, Министерство общественного здравоохранения, Бангкок, Таиланд

Профессор Kuku Voyi, Профессор и руководитель департамента, Школа систем здравоохранения и охраны здоровья, Университет Претории, Претория, Южная Африка

Профессор Yu Wang, Генеральный директор Центра Китая по борьбе с болезнями и профилактике болезней, Пекин, Китай

Д-р Sam Zaramba, Старший хирург-консультант, бывший Генеральный директор служб здравоохранения, Министерство здравоохранения, Кампала, Уганда

I. ПОДГОТОВКА К ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Резюме

В данной главе приводится исходная информация о проведенной Комитетом по обзору оценке функционирования Международных медико-санитарных правил (2005 г.) и глобальных мер в ответ на пандемию гриппа А (H1N1) - 2009.

В начале главы приводится объяснение основных принципов или ценностных ориентиров общественного здравоохранения с последующим рассмотрением ряда основных угроз общественному здравоохранению, связанных с инфекционными болезнями, в том числе предшествующих пандемии. Ценности общественного здравоохранения в сочетании с полученным опытом и уроками, извлеченными из работы в условиях сложных чрезвычайных ситуаций в общественном здравоохранении, послужили платформой для создания Международных медико-санитарных правил (ММСП) и формированию глобального плана Всемирной организации здравоохранения по обеспечению готовности к пандемии гриппа и ответным мерам. В кратком виде изложена история разработки этих двух основополагающих документов и последующего их пересмотра. В главе рассматривается план обеспечения готовности и ответных мер как для самих событий, так и с позиции эпидемиологического надзора, а также систематическая оценка и управление факторами, представляющими потенциальную угрозу глобальному здоровью, и роль многопрофильных международных бригад в оказании помощи странам в расследовании чрезвычайных ситуаций в сфере общественного здравоохранения и в работе по ликвидации последствий. В Приложении Ш содержится краткое описание ряда основных функций ММСП.

A. Ценностные ориентиры общественного здравоохранения

1. Деятельность и миссия ВОЗ носит двойственный характер: с одной стороны - как идейного борца за здоровье в мире, а с другой - как организации, обслуживающей свои государства-члены. Являясь руководящим и координирующим органом в международной работе по здравоохранению в системе Организации Объединенных Наций, ВОЗ располагает всеми возможностями, чтобы стать главным борцом за здоровье как право человека. Ее техническое лидерство может помочь странам в решении разнообразных проблем в сфере общественного здоровья, вызывающих беспокойство. В то же время чаяния ВОЗ в отношении глобального здоровья обуславливаются множественностью взглядов, потребностей и предпочтений государств-членов.

2. Общественное здравоохранение имеет дело со здоровьем населения. Основная цель Организации - поддерживать здоровье людей, предупреждать болезни и смерть. Подходы к профилактике могут принимать различные формы, в числе которых медицинские вмешательства, такие как вакцинация, изменение в стереотипах поведения, проектирование мер контроля по предупреждению негативных воздействий, а также политические, правовые и стратегические инициативы.

3. Рациональные решения по защите здоровья и профилактике болезней зависят от научного понимания характера и причин нездоровья и от надлежащего накопления и трактовки данных, свидетельствующих о происхождении болезни и многообразных путях ее предупреждения, смягчения и реагирования на ее возникновение. Характер ряда проблем здравоохранения, например таких, как нездоровый образ жизни, может вскрываться в течение десятилетий. Другие проблемы, включая чрезвычайные ситуации, которые представляют серьезную угрозу здоровью определенной совокупности населения, могут потребовать быстрых, комплексных и координированных ответных мер одновременно по многим направлениям. В связи с возможностью внезапного возникновения интенсивных и сложных факторов, угрожающих здоровью, фундаментальной составляющей обеспечения готовности общественного здравоохранения является предварительное планирование мероприятий в порядке подготовки к чрезвычайным ситуациям.

4. Вместе с тем, на практике принятие решений в чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения часто основывается на неполной информации, когда нет отчетливого представления относительно угрозы и вероятной эффективности ответных мер. Обычно планы должны адаптироваться с учетом реальных обстоятельств события. Могут существовать конкурирующие потребности в самой системе здравоохранения и в других секторах, а также трудности, связанные с ограниченностью ресурсов. В чрезвычайной ситуации в сфере здравоохранения руководители часто сталкиваются с политической подоплекой и давлением со стороны общественности и средств массовой информации. Суть управления кризисом состоит в способности предпринимать информированные действия, несмотря на неопределенность, связанную со скоростью развития событий.

B. Продолжающаяся угроза инфекционных заболеваний

5. Десятилетний процесс, результатом которого в 2005 г. явился пересмотр ММСП, был начат тогда, когда заново возникло осознание угрозы инфекционных заболеваний. Ранее неизвестные болезни стали обнаруживать себя с все возрастающей частотой. Широко известные болезни стали завоевывать новые позиции в результате глобального распространения и возникающей устойчивости к противомикробным препаратам. Термины "возникающие" и "вновь возникающие" инфекции были созданы, для того чтобы описать новые, имеющие отчетливые клинические характеристики инфекционные болезни, и известные инфекционные болезни, возникающие все с большей частотой в определенном месте или в определенной совокупности населения (*1*).

6. Опыт, полученный в борьбе против вспышек заболеваний, связанных с возникающими патогенными микроорганизмами, подчеркнул важность раннего выявления болезни, подтверждения ее, оценки риска, предупреждения, смягчения и борьбы в условиях чрезвычайной ситуации в сфере общественного здравоохранения, имеющей международное значение. Один из примечательных примеров - это вспышка высоколетального вируса Эбола в 1995 г., разновидность вирусной геморрагической лихорадки. В Демократической Республике Конго (бывшем Заире) случаи заболевания, как казалось, возникали ниоткуда. На самом деле, в течение недель происходила

нераспознанная передача вируса от человека человеку (*2*). Этот вирус, предположительно зоонозного происхождения, распространялся посредством прямого контакта с кровью и другими инфицированными биологическими жидкостями и тканями организма; отличительной чертой этой вспышки был факт передачи инфекции в стационарных условиях (*2*). Эксперты из целого ряда стран и организаций предоставляли на местах помощь в борьбе против этой вспышки почти 300 случаев заболевания. По следам этих событий ВОЗ положила начало ряду инициатив по улучшению готовности и мерам в ответ на чрезвычайную ситуацию, имеющую международное значение: был разработан план подробного изучения сообщений электронных средств массовой информации с целью выявления ранних признаков или слухов о вспышках болезни; была создана электронная сеть коммуникации с 141 страновым бюро ВОЗ; была сформирована виртуальная международная сеть быстрого расследования и ответных мер; и разработаны сети лабораторий и технических экспертов, средством коммуникации между которыми стали электронные средства связи (*3*).

7. Возникновение двух новых инфекций человека - птичьего гриппа А (H5N1) и тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) - оказало значительное воздействие на международное медицинское сообщество. Реагирование на эти события в сфере общественного здравоохранения, имеющие международное значение, способствовали наращиванию усилий по пересмотру ММСП и планированию к будущей пандемии.

8. Первая вспышка птичьего гриппа А (H5N1) у человека была обнаружена в 1997 г. в Специальном административном районе Гонконг. В результате тщательного исследования было выявлено 18 случаев, шесть из которых имели смертельный исход (*4*). Это был первый признанный случай, когда произошла прямая передача высокопатогенного вируса птичьего гриппа человеку, что привело к серьезному заболеванию. В целях сдерживания дальнейшего распространения вируса домашнюю птицу забивали на рынках Специального административного района Гонконг и на фермах (*5*). И хотя в течение какого-то времени вирус, казалось, не проявлял активности, к 2000 г. у домашней птицы был обнаружен ряд различных реасортантных вирусов (*5, 6*). Затем вирус гриппа (H5N1) распространился среди миллионов диких и домашних птиц, начиная с конца 2003 г. и далее, чему частично способствовала миграция водоплавающих (*5-7*). И хотя было очевидно, что вирус с трудом передавался человеку, показатель летальности был высоким. По состоянию на февраль 2011 г. в ВОЗ из 15 стран поступили сообщения о 500 подтвержденных лабораторными исследованиями случаях вируса гриппа у человека; около 60% сообщенных случаев окончились смертельным исходом.

9. Распространение H5N1, тяжесть проявления инфекции у человека, беспрецедентные экономические и сельскохозяйственные последствия забоя грандиозного количества птиц и ощущение возможной неизбежности пандемии гриппа привнесли элемент безотлагательности в планирование готовности к пандемии на местном, национальном и глобальном уровнях. Также была показана важность сотрудничества между сектором общественного здравоохранения и сектором, занимающимся вопросами здоровья животных, особенно в отношении эпиднадзора, оценки риска, ответных мер и отчетности.

10. Появление другого респираторного вируса, коронавируса, связанного с ТОРС, дало мировому медицинскому сообществу представление о требованиях, которые может предъявить пандемия или какая-либо другая чрезвычайная ситуация. Первые случаи ТОРС появились в ноябре 2002 г. в провинции Гвандонг, Китай. В течении последующих трех месяцев по мере увеличения числа случаев и вспышек, в электронных форумах, таких как Глобальная сеть оперативно-аналитической информации по вопросам общественного здравоохранения и ПроМЕД, начали циркулировать неподтвержденные сообщения о необычной эпидемии респираторной болезни (*8*). Ситуация кардинально изменилась, когда лечивший больных пациентов врач в феврале 2003 г. приехал в Специальный административный район Гонконг. Вскоре после прибытия в гостиницу он тяжело заболел, был госпитализирован и скончался (*9*). Считается, что этот доктор инфицировал не менее 12 гостей отеля, которые, в свою очередь, передали вирус другим в Специальном административном районе Гонконг и в Ханое, Ирландии, Сингапуре, Торонто и Соединенных Штатах Америки, что положило начало передаче вируса по цепочке (не произошло этого лишь в Ирландии). По оценкам ВОЗ, первоначальным источником большинства случаев ТОРС в мире явился именно этот человек (*10*).

11. ВОЗ мобилизовала команды Глобальной сети оповещения о вспышках болезней и ответных действий (GOARN), выпустила серию глобальных оповещений, создала глобальную схему эпиднадзора и отчетности, а также сформировала эпидемиологические, лабораторные и клинические виртуальные сети экспертов с целью обмена информацией (*3*). Как оказалось, вирус передавался от человека человеку, наиболее вероятно, воздушно-капельным путем. Не удивительно, что авиаперелеты способствовали передаче инфекции (*11*). Аналогично вспышке вируса Эбола в 1995 г., лечебно-профилактические учреждения часто служили невольным очагом передачи инфекции как среди пациентов, так и среди медицинских работников (*9, 12-14*). За несколько недель новый коронавирус был идентифицирован, и к середине апреля ВОЗ с определенностью объявила, что именно он является причиной ТОРС.

12. В отсутствие лекарственных средств борьба против глобальной эпидемии свелась к более традиционным мерам общественного здравоохранения, включая применение средств защиты органов дыхания, строгое соблюдение мер инфекционного контроля в отношении госпитализированных пациентов, изоляцию больных и карантин для находившихся в тесном контакте с инфицированными (*14*). Кроме того, во многих странах было введено медицинское обследование лиц, совершающих международные поездки, при въезде и выезде из страны. Пятого июля 2003 г. ВОЗ объявила об окончании глобальной вспышки, но к этому времени из 26 стран были получены сообщения о 8098 случаях заболевания и 774 случаях смерти.

13. Обзор глобальных ответных мер на ТОРС выявил ряд уроков, которые необходимо было извлечь из этой ситуации, включая такие моменты, как важность наличия потенциала для раннего выявления и прозрачного сообщения о необычных явлениях заболеваний; трудность эффективной передачи информации разнообразной аудитории, состоящей из руководителей, политиков, клиницистов, работников здравоохранения и широкой общественности, о возникающем и плохо понятном риске инфекции; преимущества, которые дает регулярный обмен информацией на глобальном уровне на самых ранних

этапах, например с использованием виртуальных сетей исследователей, созданных ВОЗ; более осознанное признание той роли, которую традиционные меры, такие как изоляция и карантин, могут сыграть в сдерживании распространения болезни, чтобы обеспечить соблюдение индивидуальных прав человека и общих интересов, а также к решению проблемы увеличения институционального и индивидуального потенциала для обеспечения ответных мер в течение длительного периода времени (*10*).

14. Вспышка ТОРС и продолжающееся распространение вируса птичьего гриппа (H5N1) повышают важность зоонозов как источника инфекции у человека. Инфицирование человека зоонозными вирусами может произойти вследствие контакта с инфицированными животными, пищевыми продуктами животного происхождения или зараженной окружающей средой. Птичий грипп H5N1, H7N7 и H9N2, а также свиной грипп H1N1 и H3N2 привели к спорадическим инфекциям у человека, в том числе и ряду случаев смерти. Ни один из этих вирусов животных не распространялся с легкостью среди людей Вирус пандемического гриппа (H1N1) - 2009, напротив, распространялся стремительно, что привело к устойчивой передаче вируса от человека человеку.

15. Потенциальный риск пандемии, связанный с птичьим гриппом H5N1, во многих случаях явился побудительным мотивом планирования действий к пандемии, которое осуществлялось последние 10 лет. Угрозы общественному здоровью, связанные с H5N1, повысили важность роли национальных ветеринарных служб в планировании и реагировании на пандемию и стимулировали более тесное сотрудничество между руководящими органами, занимающимися вопросами здоровья животных, и органами, занимающимися вопросами охраны здоровья человека. Международные учреждения, ответственные за здоровье животных, Всемирная ветеринарная организация (ВВО) и Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций (ФАО) совместно с ВОЗ работали над наращиванием национального потенциала в сфере эпиднадзора за животными и изучения вопросов взаимодействия здоровья человека и здоровья животных, расследования вспышек заболевания, оценки риска и диагностического исследования. В июле 2006 г. ФАО, ВВО и ВОЗ положили начало работе Глобальной системы раннего оповещения об основных болезнях животных, включая зоонозы (GLEWS). GLEWS является первой совместной системой раннего оповещения, которая отслеживает болезни животных, включая грипп у животных. Сеть экспертов ВВО-ФАО по гриппу у животных работает в тесном сотрудничестве с ВОЗ для решения вопросов, касающихся непосредственно гриппа на уровне интерфейса человек-животное, при этом используя информацию из сектора, занимающегося вопросами здоровья животных, в процессе проводимого в рамках ВОЗ выбора вирусов-кандидатов для производства вакцин против пандемического гриппа, таких как вирусы H5N1 и H9N2.

C. Международные медико-санитарные правила (2005 г.): защита против международного распространения болезни в XXI веке

"У глобального сообщества теперь есть новая правовая основа для улучшения применения коллективных защитных мер, направленных на выявление событий, связанных с болезнями, и на осуществление действий в ответ на риски и чрезвычайные ситуации в сфере общественного здравоохранения, которые могут иметь разрушительное воздействие на здоровье человека и экономику стран". (*16*)

16. Эти слова характеризуют введение в силу ММСП (2005 г.) 15 июня 2007 г., глобальной структуры, целью которой является предотвращение международного распространения болезней и принятие ответных мер, которые не создают излишних препятствий для перевозок и торговли.

17. ММСП уходят корнями в международные санитарные конвенции XIX века, направленные на борьбу против инфекционных болезней, таких как холера, оспа и чума. Впервые Всемирная ассамблея здравоохранения приняла Международные санитарные правила в 1951 г. в целях минимизации международного распространения заболеваний. В 1969 г. правила были пересмотрены и переименованы в Международные медико-санитарные правила.

18. С течением времени недостатки варианта ММСП 1969 г. становились все более очевидными. Наиболее значимые проблемы заключались в следующем: ограниченный охват болезней (т.е. холера, чума и желтая лихорадка); зависимость от официальных сообщений в ВОЗ от пострадавших стран; весьма небольшое число механизмов, которые ВОЗ и пострадавшие страны могли использовать для совместного расследования вспышек; и невозможность для ВОЗ сделать рекомендации по борьбе с болезнями составной частью нормативно-правовой основы (*17*). ММСП 1969 г. также не отвечали положениям о правах человека, не учитывали ситуацию с ростом международных поездок и торговли, и с угрозами безопасности здравоохранению в международном масштабе, которые исходят от возникающих и вновь возникающих инфекционных болезней и других опасных факторов.

Разработка Международных медико-санитарных правил (2005 г.): консультации и переговоры

19. В мае 1995 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию, предлагающую Генеральному директору начать проведение обзора ММСП 1969 г. (*18*). Сложность разработки всеобъемлющей правовой основы, которая могла бы учитывать различные потребности, возможности и политические особенности государств-членов, настораживала. Процесс разработки правил и процесс консультаций занял несколько лет и сопровождался множеством разногласий (Рамка 1.1).

Рамка 1.1 Основные вопросы, которые вызывали активное обсуждение при пересмотре ММСП (2005 г.)

- Должны ли Правила однозначно включать химические и радиологические события, а также события, связанные с преднамеренным и случайным высвобождением химических и радиологических материалов?
- Как можно согласовать определенность подхода, основанного на перечне, с гибкостью подхода, основанного на риске, при выявлении, оценке и сообщении о событиях, которые могут иметь значение для общественного здравоохранения?
- Следует ли ВОЗ использовать неофициальные источники информации?
- Какой механизм обеспечит такое положение вещей, при котором страны не будут несправедливо подвергаться карательным санкциям за открытость в сообщениях ВОЗ о соответствующих событиях?
- Следует ли странам разрешить осуществлять меры в сфере здравоохранения, выходящие за рамки и превышающие те меры, которые установлены Правилами или каким-либо другим образом рекомендованные ВОЗ в ответ на угрозу общественному здоровью, и если да, то какие именно меры, если это вообще возможно, может предпринять ВОЗ в таком случае?
- Следует ли наделить ВОЗ полномочиями размещать полевые команды с целью оценки и принятия действий в ответ на возникающие угрозы, независимо от того, обращалась ли пострадавшая страна за такой помощью?
- При каких условиях можно позволить странам не выполнять определенных положений Правил?
- Какие временные рамки следует выделить для обзора, укрепления и поддержания основных возможностей?
- Могут ли какие-либо конституционные механизмы, особенно это касается федеральных государств, помешать осуществлению каких-либо положений ММСП (в частности, четко установленные обязанности, связанные с основными возможностями на субнациональном уровне)?
- Должны ли временные рекомендации, предложенные Генеральным директором, являться обязательными для государств-членов?
- Как можно обеспечить всеобщее применение Правил для всех стран, независимо от их статуса в качестве государств-членов?

20. После эпидемии ТОРС в 2004 г. была создана Международная рабочая группа, открытая для участия всех государств-членов, с целью дальнейшего развития процесса. К апрелю 2005 г. в результате двух раундов активных официальных переговоров был достигнут значительный прогресс, но не по всем вопросам. Наконец, договоренность была достигнута на совещании, которое состоялось лишь за несколько дней до ежегодной сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае того же года.

21. ММСП традиционно уделяют основное внимание охране здоровья, т.е. инфекционным болезням и болезням, распространяемым переносчиками. Вместе с тем, была расширена концепция болезни таким образом, что это понятие стало включать химические и радиологические опасные факторы, риски, связанные с преднамеренными и случайными действиями человека, и ситуации, в которых патогенный микроорганизм или источник опасности является чем-то новым, не имеющим надлежащего определения, или пока не известным.

Основные функции Международных медико-санитарных правил

22. ММСП можно представить как структуру, работающую на двух уровнях. Во-первых, они создают режим для выполнения обычных функций, связанных с охраной общественного здоровья, и обеспечивают условия для непрерывного управления угрозами болезней как внутри стран, так и на границе. Во-вторых, они предоставляют структурную основу для координированных и соразмерных действий в ответ на значимые угрозы заболеваний, требующие немедленного вмешательства. Такие угрозы могут варьироваться от событий в сфере общественного здравоохранения, затрагивающих одну или более стран, до событий в сфере общественного здравоохранения, имеющих международное значение.

23. После рассмотрения 66 статей и девяти приложений ММСП, Комитет по обзору выделил восемь основных функций, по которым следует проводить оценку (Таблица 1.1). Эти функции представляют ряд более инновационных характеристик ММСП и в кратком виде обсуждаются ниже, а также в Приложении III.

Таблица 1.1 Основные функции ММСП (2005 г.)

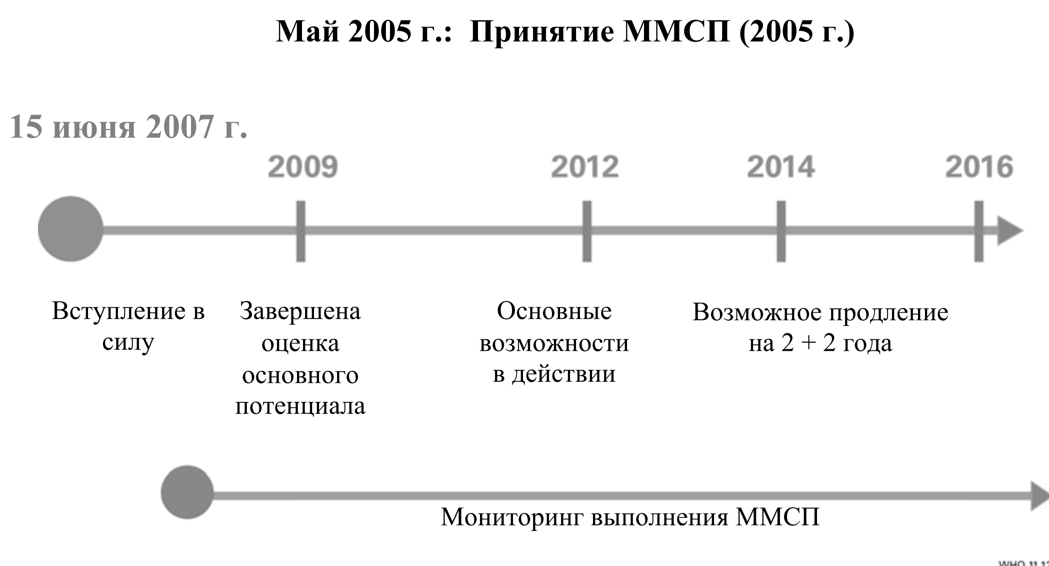
Статьи ММСП и Приложения	**Функция**	**Описание функции**
4, 5, 13, 44, Приложение 1а	1. Основные возможности государств-членов по выявлению, оценке и ответным мерам	Достижение основных возможностей по выявлению, оценке и ответным мерам на национальном и субнациональном уровнях; включает восемь технических областей: • Национальное законодательство, политика и финансирование • Координация и информирование Национальных координаторов по ММСП (НК) • Эпиднадзор • Ответные действия • Готовность • Информирование о риске • Кадровые ресурсы • Лабораторные условия Государства-члены сотрудничают между собой и с международными организациями для обеспечения возможностей
4–10, 44, Приложение 2	2. Операции государств-членов по выявлению и предупреждению	Действуют операции по выявлению и предупреждению от местного до национального уровня, включая взаимодействия между НК иВОЗ. Государства-члены осуществляют сотрудничество по выявлению событий и обеспечению предупреждений относительно рисков для здоровья

Статьи ММСП и Приложения	Функция	Описание функции
4, 5, 9–11, 14	3. Операции ВОЗ по выявлению и предупреждению	Процедуры по эпиднадзору, выявлению событий, управлению данными, оценке риска и предоставлению информации. ВОЗ сотрудничает с международными организациями с целью выявления событий
13, 14, 44	4. Международные ответные действия в сфере общественного здравоохранения	Сотрудничество между ВОЗ, государствами-членами и международными организациями в сфере управления событиями, включая следующие аспекты: • Расследование и ответные меры (например, Глобальная сеть оповещения о вспышках болезней и ответных действий, GOARN) • Обмен информацией • Руководство • Материально-техническое обеспечение • Предоставление технических знаний
12, 15–18, 47–49	5. Процедуры для Чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения, имеющих международное значение (ЧСЗМЗ)	Предоставление конкретных процедур для определения ЧСЗМЗ, созыв Комитета по чрезвычайной ситуации (КЧС), выпуск временных рекомендаций, информирование о совещаниях КЧС и завершение ЧСЗМЗ
14, 18–43, 46, Приложения 1b, 3–9	6. Пункты въезда и документация по поездкам	Действия ВОЗ и государств-членов в пунктах въезда по сдерживанию и сокращению распространения рисков в сфере общественного здравоохранения, включая следующие аспекты: • Возможности и условия в пунктах въезда • Порядок инспектирования и контроля (например, сертификация санитарного состояния судна, сертификация вакцинации, медико-санитарные декларации) • Создание возможностей и условий
42, 43	7. Избегание излишних препятствий для международных перевозок и торговли	Роль эффективной коммуникации с государствами-членами и дальнейших мер во избежание действий в области здравоохранения, ограничивающих международные перевозки и торговлю; если такие меры осуществляются, требуется обеспечение соответствующих процедур
3, 23, 31, 42, 43, 45	8. Осуществление ММСП с соблюдением прав человека	Обеспечение предоставление информированного согласия, отсутствие дискриминации при применении мер в сфере здравоохранения и конфиденциальность личных данных

24. Одним из основополагающих аспектов ММСП является четкая обязанность государств-участников проводить оценку, укреплять и поддерживать "основные возможности" по эпиднадзору, оценке риска, отчетности и ответным мерам. Эти возможности должны действовать на местном, промежуточном и национальном уровнях, а также на границах стран, включая определенные международные аэропорты и порты. Для многих стран развитие таких возможностей потребует времени и ресурсов, включая техническую и финансовую помощь со стороны ВОЗ. В ММСП выделен пятилетний срок для создания таких возможностей, т.е. до июня 2012 г., с возможностью двух двухлетних отсрочек времени начала использования этих возможностей. (Рис. 1.1) (*19*).

Рис. 1.1 Временные рамки для укрепления национального основного потенциала, как это обозначено в ММСП

Май 2005 г.: Принятие ММСП (2005 г.)

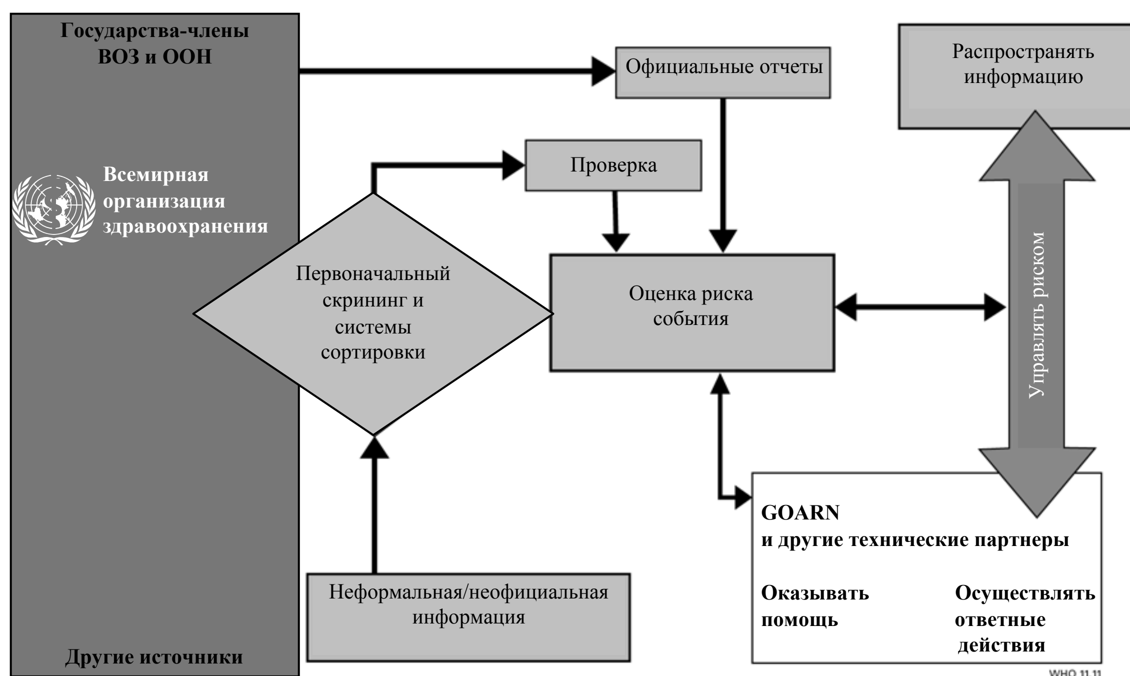


25. Идея учреждения единого Национального координатора по ММСП (НК), через которого должна проходить вся коммуникация между правительством и ВОЗ в отношении ММСП, является важнейшим новшеством ММСП. НК является национальным центром, который в любое время доступен для связи; скорее функцию национального координатора должен выполнять не отдельный человек, а официально назначенное бюро, отдел или департамент. ВОЗ обращается к НК за проверкой событий, выявленных в результате своих глобальных действий в рамках эпиднадзора. От НК требуется отвечать на такие запросы своевременным образом и с помощью использования диаграммы принятия решения, которая является составной частью ММСП (т.е. Схемы принятия решений, содержащейся в Приложении 2), уведомить ВОЗ о каком-либо событии, которое может представлять собой Чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение (ЧСЗМЗ).

26. ММСП определяют для ВОЗ роль глобального лидерства, которая включает такие функции, как эпиднадзор, оценка риска и ответные меры. ВОЗ в 1997 г. внедрила систему эпиднадзора в отношении широкого ряда как инфекционных, так и неинфекционных событий. В плановом порядке отслеживаются и сопоставляются данные по сотням

официальных и неофициальных информационных источников. За это время процессы, используемые ВОЗ для выявления, проверки и быстрой оценки событий, которые представляют потенциальную угрозу для общественного здравоохранения в международном плане, претерпевали изменения (Рис. 1.2) и в настоящее время отвечают требованиям положений ММСП (*20*).

Рис. 1.2 Схема управления событиями - обнаружение опасности, проверка и оценка риска



27. Для облегчения работы с все возрастающим объемом информации в результате применения ММСП ВОЗ разработала два новейших веб-инструмента. Первый из них - это Система управления событиями (СУС). Информация о событии вводится в СУС и становится доступной по мере необходимости для поддержки действий по принятию решений и управления риском. СУС используется всеми региональными бюро, рядом страновых бюро и структурными подразделениями штаб-квартиры ВОЗ; идет работа по привлечению к этому процессу всех остальных страновых бюро.

28. Второй электронной платформой является безопасный, защищенный паролем Информационный сайт о событиях (ИСС). ИСС доступен для НК, руководителей страновых бюро и региональных бюро ВОЗ, штаб-квартиры ВОЗ и ряда межправительственных организаций. ИСС разработан для того, чтобы дать возможность ВОЗ выполнить свои обязательства в рамках ММСП по предоставлению соответствующей информации в сфере общественного здравоохранения быстрым, эффективным и конфиденциальным образом. ИСС содержит информацию относительно проверенных острых рисков в сфере общественного здравоохранения, включая оценки риска, основанные на событиях, и доклады о состоянии ситуации, региональные обзоры межюрисдикционных событий и мер борьбы. Кроме того, на сайте помещаются другие

интересные сообщения, например ресурсные материалы в поддержку осуществления ММСП и контактная информация.

29. Возможности ВОЗ для принятия ответных мер содержатся в GOARN. В апреле 2000 г. ВОЗ и ключевые партнеры официально создали GOARN с целью совершенствования координации международных мер в ответ на вспышки заболеваний (*21*). С помощью GOARN пострадавшая страна получает быстрый доступ к помощи экспертов и ресурсам дополнительно к своим национальным возможностям, и таким образом укрепляется безопасность здоровья глобального сообщества в противодействие международному распространению появляющихся и вновь появляющихся патогенных микроорганизмов. GOARN привлекает к работе более 300 технических и операционных партнеров по всему миру (Рис. 1.3).

Рис. 1.3 Членство в Глобальной сети оповещения о вспышках болезней и ответных действий (GOARN), 2000-2011 гг.



Указанные на этой карте границы и названия и используемые обозначения ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительно границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Источник данных: Всемирная организация
Выпуск географических карт: Информация об общественном здоровье и Географические информационные системы (ГИС)
Всемирная организация здравоохранения



30. В ММСП приводится следующее определение ЧСЗМЗ: "экстраординарное событие, определяемое как представляющее риск для здоровья населения в других государствах в результате международного распространения болезни и могущее потребовать скоординированных международных ответных мер". В ММСП четко обозначены процедуры в отношении ЧСЗМЗ. Лишь Генеральный директор ВОЗ уполномочен определить, является ли какое-либо событие ЧСЗМЗ. Генеральный директор может сделать такое заключение, лишь обратившись за консультацией к надлежащему комитету внешних экспертов (т.е. к Комитету по чрезвычайной ситуации). Генеральному директору

надлежит обратиться за консультацией в Комитет по чрезвычайной ситуации перед тем, как предложить временные рекомендации по надлежащим мерам в области здравоохранения, направленным на предупреждение распространения болезни в международном масштабе и во избежание вмешательства в порядок международных перевозок. Страны, имеющие намерение осуществить более ограничительные или запретительные меры, должны предоставить надлежащее обоснование для таких мер.

31. Хотя за период с июня 2007 г. в поле зрения ВОЗ попали сотни событий в сфере общественного здравоохранения, появление нового вируса гриппа в начале 2009 г. дало повод впервые объявить о наличии ЧСЗМЗ (которая до сегодняшнего момента остается единственной ситуацией такого рода). Это событие явилось первым испытанием осуществления положений ММСП на практике.

32. Как обозначено в ММСП, функции, полномочия и обязанности ВОЗ, государств-участников, портов, аэропортов и операторов перевозок свидетельствуют о том, что ни один участник в отдельности или комплекс каких-либо мер (например, меры контроля при пересечении границы) не могут обеспечить полную защиту против распространения болезни в международном масштабе. Напротив, ММСП полагаются на взаимозависимость стран в ситуации, когда они сталкиваются с угрозой в сфере общественного здравоохранения и стоят перед необходимостью "проявления полного уважения достоинства, прав человека и основных свобод людей" в ходе принятия мер в ответ на события в сфере здравоохранения.

D. Обзор ситуации с сезонным и пандемическим гриппом

33. Грипп является острой вирусной инфекцией, которая легко распространяется от человека к человеку. Сезонные эпидемии гриппа происходят ежегодно в зимние месяцы в регионах с умеренным климатом. В ряде тропических стран вирусы гриппа циркулируют круглый год, при этом один или два пика заболевания приходятся на сезоны дождей.

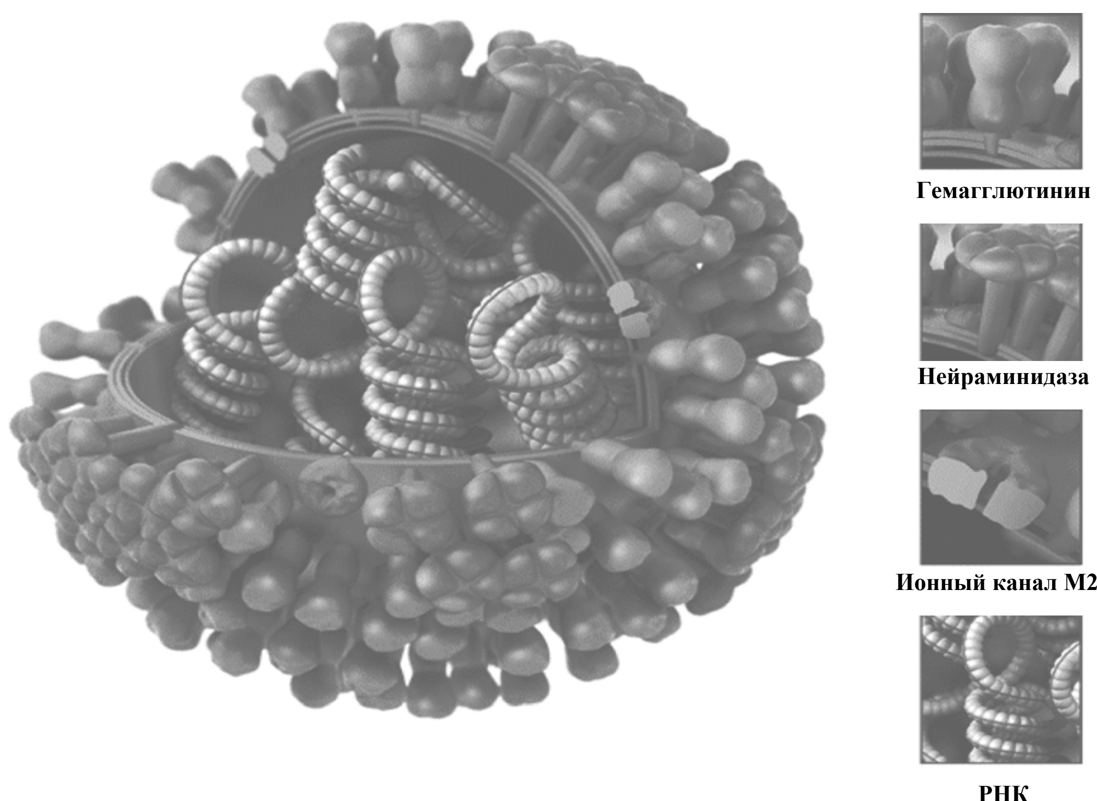
34. Большинство людей, заболевающих сезонным гриппом, выздоравливают без какой-либо медицинской помощи, но развитие инфекции может привести к осложнениям или смерти, особенно среди людей более пожилого возраста, младенцев и лиц, страдающих хроническими болезнями. Во всем мире сезонный грипп, по оценкам, является причиной 3,5 миллиона случаев тяжелой формы болезни и 250 000-500 000 случаев смерти ежегодно (*22*).

35. Сезонный грипп может вызывать серьезные проблемы в области общественного здравоохранения и экономики. В развитых странах эпидемии могут приводить к высоким уровням невыхода на работу и снижению производительности труда. Во время пиковых периодов распространения болезни медицинские учреждения могут испытывать значительную перегрузку. О последствиях эпидемии гриппа в развивающихся странах известно мало в связи с недостаточными данными (*23*).

36. Существует три типа сезонного гриппа: A, B и C. Вирусы гриппа типа C обычно вызывают либо легкое респираторное заболевание, либо не сопровождаются никакими симптомами; поэтому усилия общественного здравоохранения по борьбе с ежегодным

сезонным гриппом сосредоточены на гриппе типа A и B. Вирусы гриппа A подразделяются на два подтипа в соответствии с различиями в двух белково-сахаридных комплексах, которые составляют внешнюю оболочку вируса: гемагглютинин (H) и нейраминидаза (N) (Рис. 1.4.).

Рис. 1.4 Графическое изображение типичной структуры типичного вируса гриппа



Источник: Центры по контролю и профилактике заболеваний (адаптировано).

37. Существует 16 известных подтипов H и девять известных подтипов N вирусов гриппа. Возможно множество различных сочетаний белков H и N, но в настоящее время в человеческой популяции циркулируют лишь два подтипа (то есть H1N1 и H3N2). Другие подтипы обнаруживаются у животных, преимущественно они распространены у водоплавающей птицы.

38. Вирус гриппа B преимущественно инфицирует человека и, в противоположность вирусу гриппа A, не имеет подтипов. И хотя он может вызывать значительные эпидемии гриппа, внесезонные вспышки заболевания и тяжелые заболевания у людей, масштаб воздействия обычно менее серьезный по сравнению с вирусом гриппом A.

39. Наиболее эффективным путем предупреждения заболевания или серьезных неблагоприятных исходов гриппа является вакцинация. Более 60 лет применяются безопасные и эффективные противогриппозные вакцины. С помощью противогриппозной вакцинации взрослых можно предотвратить подавляющее большинство гриппозных

заболеваний. Вакцинация людей пожилого возраста приводит к сокращению количества случаев тяжелой болезни, осложнений и случаев смерти (*24*). Для профилактики или лечения гриппозных инфекций существует лишь ограниченное число противовирусных препаратов, наиболее эффективно их использование в первые несколько дней болезни.

40. Могут возникать новые комбинации вирусных поверхностных антигенов, когда инфицирование животного происходит одновременно различными вирусами гриппа. Если поверхностный антиген вируса гриппа А претерпевает значительное изменение, тогда может возникнуть пандемия в том случае, если большинство людей не имеют иммунитета к новому вирусу, и вирус может легко передаваться от человека человеку.

41. В противоположность ежегодным эпидемиям сезонного гриппа пандемии гриппа случаются не часто. В XX веке зарегистрировано три пандемии гриппа: в 1918-1919 гг., 1957 г. и 1968 году. По определению, пандемии оказывают воздействие на популяционном уровне во всем мире, но характеристики каждой из пандемий - страны и сегменты населения, наиболее подверженные им, степень тяжести заболевания, скорость географического распространения, число волн пандемии и распределение на земном шаре - значительно различались (Таблица 1.2). Ожидание возможного повтора опустошительной пандемии 1918-1919 гг. оказало значительное влияние на планирование в сфере общественного здравоохранения в порядке подготовки к будущей пандемии.

Таблица 1.2 Характеристики трех пандемий XX века

ПАНДЕМИЯ (Дата и Принятое название)	**РАЙОН ВОЗНИКНО-ВЕНИЯ**	**ПОДТИП ВИРУСА ГРИППА А**	**ОЦЕНОЧНОЕ РЕПРОДУК-ТИВНОЕ ЧИСЛО**	**ОЦЕНОЧНАЯ ЛЕТАЛЬ-НОСТЬ**	**ОЦЕНОЧ-НАЯ ИЗБЫТОЧ-НАЯ СМЕРТ-НОСТЬ ОТ ГРИППА ВО ВСЕМ МИРЕ**	**НАИБОЛЕЕ ПОРАЖЕН-НЫЕ ВОЗРАСТ-НЫЕ ГРУППЫ** (МОДЕЛИ-РУЕМЫЙ ПРОЦЕНТ ПОРАЖЕН-НОСТИ)	**ПОТЕРЯ ВВП** (ИЗМЕНЕ-НИЕ В %)
1918-1919 гг. "испанка"	Неизвестен	H1N1	1,5–1,8	2–3%	20–50 млн.	Молодые взрослые	-16,9 - 2,4
1957-1958 гг. "азиатский грипп"	южный Китай	H2N2	1,5	<0,2%	1–4 млн.	Дети	-3,5 - 0,4
1968-1969 гг. "гонконгский грипп"	южный Китай	H3N2	1,3–1,6	<0,2%	1–4 млн.	Все возрастные группы	-0,4 - (-1,5)

Источник: Готовность к пандемическому гриппу и ответные меры: Руководящий документ ВОЗ. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г., с. 13 (по англ. изд.).

E. Планирование в порядке подготовки к пандемии гриппа

Разработка и корректировка глобальных планов по обеспечению готовности к пандемии гриппа, 1999-2009 гг.

42. ВОЗ опубликовала свой первый глобальный план по обеспечению готовности к пандемии гриппа в 1999 г., спустя два года после выявления первых случаев птичьего гриппа A (H5N1) у человека в САР Гонконг (*25*). Этот план был обновлен в 2005 г. (*26*) и затем в апреле 2009 г. (*27*). Предполагалось, что глобальные планы по обеспечению готовности явятся инструментами планирования, которые каждая страна сможет адаптировать в соответствии со своими потребностями.

43. Все планы приняли пофазовый подход к организации действий, которые необходимо предпринять ВОЗ или странами. Планы 2005 г. и 2009 г. дали новое определение и фаз пандемии; уделили особое внимание действиям на ранних этапах по сдерживанию или отсрочке распространения нового вируса гриппа и рекомендовали подключение к действиям по планированию различных партнеров, таких как партнеры в сфере здравоохранения, сельского хозяйства, образования, транспорта, труда и обороны.

44. Опыт ряда стран в ходе пандемии 1918-1919 гг. по обязательному сообщению о случаях заболевания, изоляции пациентов и карантину лиц, контактировавших с пациентами, внес вклад в разработку ВОЗ в 2005 г. руководства по обеспечению готовности к пандемическому гриппу. И хотя такие меры часто рассматривались как неэффективные и непрактичные, выявление пациентов на ранних этапах и их изоляция в закрытых помещениях, таких как военные казармы и институтские общежития, как оказалось, снизили уровни наступления вируса, особенно в сочетании с ограничениями на внешние контакты пострадавших (*28*). Эти результаты, а также общее отсутствие противовирусных препаратов и вакцин против пандемии гриппа привели к тому, что в глобальном плане по подготовке к борьбе с гриппом, который был разработан в 2005 г., основной акцент был сделан на медико-санитарные меры (*28, 29*). К маю 2007 г. почти все государства-члены разработали план по подготовке к борьбе с гриппом на основе руководства 2005 года.

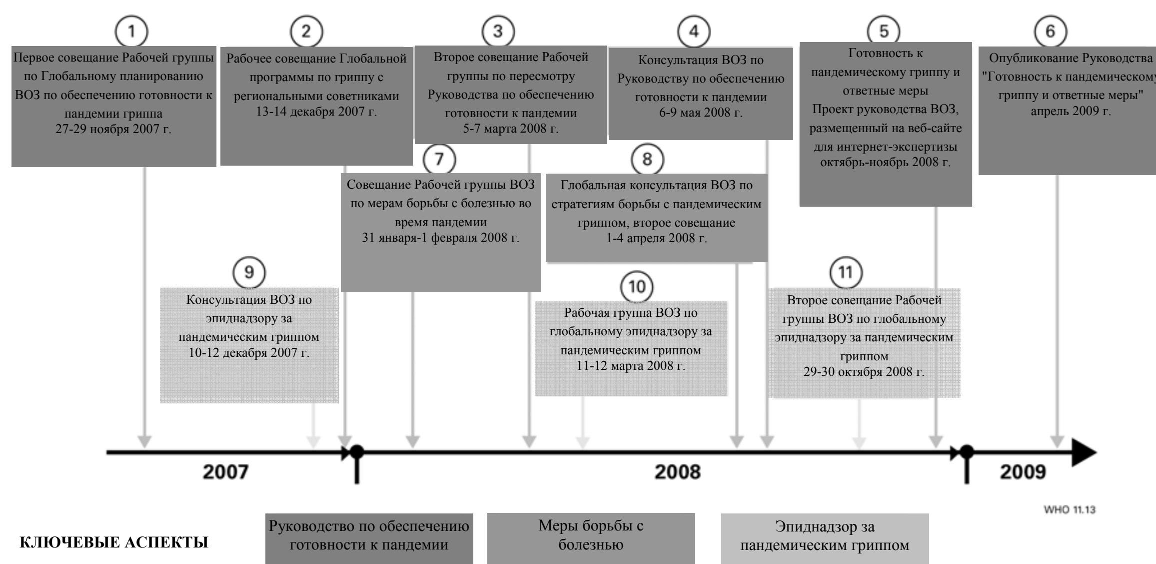
45. Затем произошел ряд событий, которые послужили причиной того, чтобы ВОЗ приступила к пересмотру глобального плана 2005 г. (*27*). Продолжающееся географическое распространение и эволюция птичьего гриппа A (H5N1) вызывали беспокойство. Новый анализ предшествующих пандемий дал более глубокое представление об эволюции и распространении предыдущих пандемий и о путях сокращения передачи вируса. По данным одного систематического обзора данных по городам Соединенных Штатов Америки во время пандемии 1918-1919 гг., существует серьезная корреляция между "ранним, устойчивым и поэтапным применением" мер общественного здравоохранения (т.е. закрытие школ, отмена публичных мероприятий, а также изоляция и карантин) и снижением показателей смертности (*30*). Результаты двух ретроспективных исследований позволили предположить, что введение карантина (например, медицинское обследование пассажиров и команды перед высадкой на предмет наличия болезни) могло оказаться эффективной мерой в отсрочке пандемии 1918-1919 гг.

и снижения смертности и среди некоторых островных групп населения в Южной части Тихого океана (*31, 32*).

46. Исследования, проведенные с использованием методов математического моделирования, подкрепили информацию о потенциальной ценности медико-санитарных мер во время пандемии, при условии их осуществления на ранних этапах и в сочетании с применением лекарственных средств в течение достаточно длительного периода времени (*33-37*). Впервые запасы противовирусных препаратов имелись на глобальном, региональном и страновом уровнях (хотя их было достаточно лишь для охвата небольшой части населения мира). И наконец, были сделаны скромные успехи в научных исследованиях и разработке вакцины, и ВОЗ выступила с инициативой разработать Глобальный план действий для увеличения поставок пандемических гриппозных вакцин (GAP) (*38*).

47. Разработка обновленной редакции руководства ВОЗ в 2009 г. - Готовность к пандемическому гриппу и ответные меры - заняла 17-месячный период времени, с ноября 2007 г. по апрель 2009 года (Рис. 1.5).

Рис. 1.5 Процесс пересмотра Руководства по обеспечению готовности к пандемии 2009 г., 2007-2009 гг.



48. При разработке глобального плана подготовки к пандемии и ответных мер, который окончательное оформление получил в 2009 г., было решено прибегнуть к мнению более широкой аудитории и использованию разнообразных подходов. Был проведен ряд консультаций, в том числе тематические консультации, на которых рассматривались вопросы медицинских вмешательств и других мер в сфере общественного здравоохранения, а также вопросы глобального эпиднадзора в отношении пандемического гриппа (*39*). Была сформирована Рабочая группа по глобальному эпиднадзору за пандемическим гриппом с целью выявления базовых данных эпиднадзора, которыми

необходимо располагать во время пандемии - данных, которые можно получить от развитых и развивающихся стран - равно как и подходов к анализу и распространению информации. В результате обсуждений, проведенных Рабочей группой, было разработано руководство ВОЗ по эпиднадзору (*40*).

49. Пересмотренный проект плана был помещен на вебсайте ВОЗ и открыт для замечаний общественности в октябре-ноябре 2008 года. Было получено более 600 замечаний. Все комментарии были проанализированы членами целевых групп и Секретариатом ВОЗ (*27*). Опубликование подготовленного ВОЗ Плана подготовки к пандемическому гриппу и ответных мер совпало с началом пандемии в 2009 году.

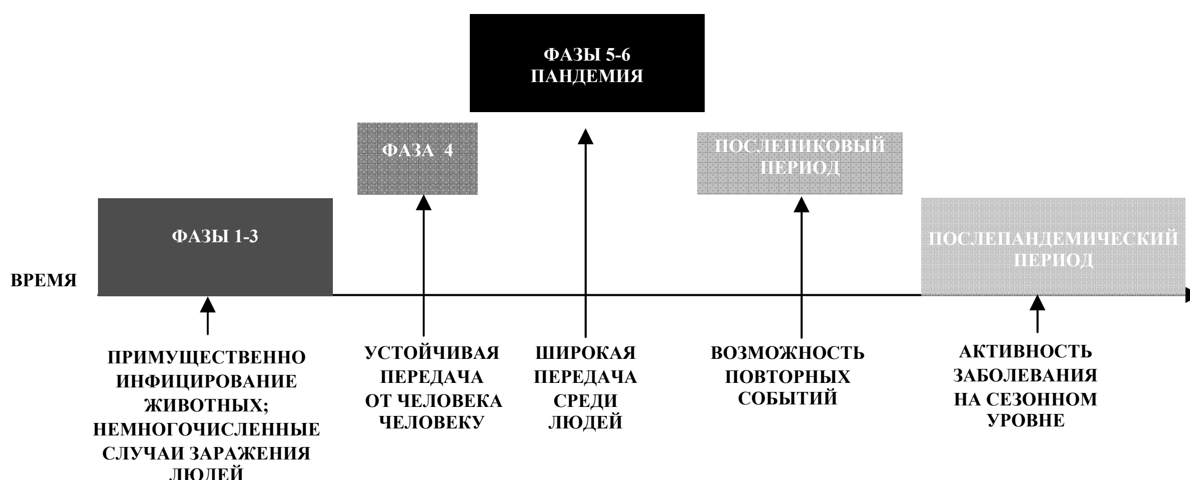
50. Пересмотренный план содержал ряд новых положений (Рамка 1.2).

Рамка 1.2 Основные изменения в Руководстве ВОЗ 2009 г. "Готовность к пандемическому гриппу и ответные меры"

- Сохранена шестифазовая структура, но осуществлен пересмотр для более точного отражения риска пандемии и эпидемиологической обстановки на основе наблюдаемых явлений.
- Освещаются основные принципы при осуществлении планирования на случай пандемии:
  - Применение этических принципов для содействия защите прав человека**.**
  - Включение вопросов готовности к пандемии и ответных мер в национальные механизмы действий в чрезвычайных ситуациях.
  - Использование "всеобщего" подхода.
- Рекомендуемые меры согласуются с ММСП (2005 г.) и дополнительными руководствами ВОЗ в смежных областях, таких как надзор за пандемическим гриппов, меры по борьбе с заболеваниями, быстрое сдерживание и информирование.
- Предусмотрены исходные предпосылки планирования и отобранная доказательная база.

51. Ввиду большого объема работы, которого требовала разработка национальных планов на базе пофазового подхода, был сохранен подход, основанный на шести фазах, хотя и в видоизмененной форме (Рис. 1.6).

Рис. 1.6 Фазы пандемического гриппа, 2009 г.



Источник: Готовность к пандемическому гриппу и ответные меры: Руководящий документ ВОЗ. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г., с. 24 (по англ. изд.).

52. Фазы 1-3 и фазы 5-6 были объединены. Фаза 4 была охарактеризована с точки зрения устойчивой передачи реассортантного вируса гриппа животного или человека-животного, что способно было вызвать "вспышки на уровне населения", указывая на значительное повышение вероятности пандемии. На этом этапе ВОЗ и пострадавшая страна могут рассмотреть возможность осуществления операции по быстрому сдерживанию (*41*). Время после первой волны пандемии было разделено на послепиковый и послепандемический периоды. По каждой фазе были уточнены рекомендуемые действия для ВОЗ и руководящих органов страны (Таблица 1.3).

Таблица 1.3 Описание фаз пандемии по классификации ВОЗ и основные действия по фазам

	Оценка вероятности пандемии	**Описание**	**Основные действия в пораженных странах**	**Основные действия в еще не пораженных странах**
Фаза 1	Неопределенная	Нет сообщений о заражении людей вирусами гриппа животных, циркулирующими среди животных.	Составление, осуществление, отработка на учениях и согласование национальных планов обеспечения готовности к пандемическому гриппу и ответных мер с национальными планами обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям и ответных мер.	
Фаза 2		Становится известно об инфицировании людей вирусом гриппа животных, циркулирующим среди домашних или диких животных, и поэтому он рассматривается как специфический носитель потенциальной угрозы пандемии.		
Фаза 3		Реассортантный вирус гриппа животных или гриппа человека-животных вызывает отдельные случаи или небольшие кластеры (группы) заболевания среди людей, но не приводит к передаче инфекции от человека человеку в масштабах, достаточных для поддержания вспышек болезни на уровне общин.		
Фаза 4	От средней до высокой	Подтверждена передача от человека человеку реассортантного вируса гриппа животных или гриппа человека-животных, способного поддерживать вспышки болезни на уровне общин.	Быстрое сдерживание.	Готовность к ответным мерам в связи с пандемией.

	Оценка вероятности пандемии	Описание	Основные действия в пораженных странах	Основные действия в еще не пораженных странах
Фаза 5	От высокой до несомненной	Один и тот же выявленный вирус вызвал устойчивые вспышки болезни на уровне общин, по меньшей мере, в двух странах одного региона ВОЗ.	Ответные меры в связи с пандемией: каждая страна должна предпринимать действия, предусмотренные ее национальным планом.	Готовность к неизбежным ответным мерам.
Фаза 6	Пандемия в стадии развития	В дополнение к критериям, определенным для фазы 5, один и тот же вирус вызвал устойчивые вспышки болезни на уровне общин, по меньшей мере, еще в одной стране другого региона ВОЗ.		
Послепиковый период		Уровни пандемического гриппа в большинстве стран с надлежащим эпиднадзором снизились ниже уровней, наблюдаемых во время пика.	Оценка ответных мер; восстановление; подготовка к возможной второй волне.	
Возможная новая волна		Уровень активности пандемического гриппа в большинстве стран с надлежащим эпиднадзором вновь возрастает.	Ответные меры.	
Послепандемический период		В большинстве стран с надлежащим эпиднадзором уровни гриппа вернулись на уровни, обычные для сезонного гриппа.	Оценка ответных мер; пересмотр планов; восстановление.	

Источник: Готовность к пандемическому гриппу и ответные меры: Руководящий документ ВОЗ. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г., с. 27 (по англ. изд.).

53. Региональные бюро ВОЗ предоставляли непосредственную, практическую и в ряде случаев финансовую поддержку странам, обратившимся за помощью в планировании действий в порядке подготовки к пандемии. Ниже приводится ряд примеров региональных действий.

54. Африканское региональное бюро (АФРБ) разработало региональный план подготовки к пандемическому гриппу и ответных действий, который был распространен всем государствам-членам для использования при разработке своего плана (*42*). Странам была предоставлена техническая поддержка для адаптации планов по гриппу (H5N1) к ситуации с пандемическим гриппом A (H1N1) - 2009. Тридцать стран получили средства от региональных бюро для осуществления приоритетных действий в ответ на пандемию.

55. Европейское региональное бюро ВОЗ (ЕРБ) оказало помощь всем 53 государствам-членам посредством проведения четырех региональных совещаний по вопросам обеспечения готовности к пандемии, два из которых были проведены в 2005 г., 2006 г. и 2007 году. В период между 2006 г. и 2009 г. был проведен ряд субрегиональных рабочих совещаний по обеспечению готовности к пандемии. Поездки почти в 40 государств-членов, многие из которых были совершены совместно с Европейским центром по контролю и профилактике заболеваний в целях проведения оценки ситуации с пандемией, способствовали разработке планов по обеспечению готовности и улучшениям в проведении эпиднадзора и наращивании лабораторных возможностей.

56. Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья (ВСРБ) оказало поддержку государствам-членам посредством рассылки технических руководств в помощь разработке национальных планов по обеспечению готовности, которые затем были рассмотрены региональными техническими структурными подразделениями. Поскольку Египет явился страной, в наибольшей степени пострадавшей в связи с птичьим гриппом A (H5N1), ВСРБ провело ряд выездов на места с целью оказания помощи руководящим органам Египта в разработке национального плана по обеспечению готовности к пандемии и ответным действиям в отношении H5N1. Этот план также был апробирован путем проведения тренировочного мероприятия.

57. Региональное бюро ВОЗ для стран Америки (ПАОЗ) разместило на вебсайте материалы по техническому руководству, предназначенные отдельным лицам, сообществам и медицинским работникам. Некоторые из этих руководств был разработаны техническими экспертами ПАОЗ, тогда как другие - экспертами ВОЗ, и переведены на испанский язык. В числе информационных материалов на сайте был также размещен Стратегический и оперативный план ПАОЗ по подготовке к пандемии гриппа (2008-2009 гг.) (*43*).

58. Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии (ЮВАРБ) и Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана (ЗТОРБ) в 2005 г. работали вместе над разработкой Азиатско-Тихоокеанской стратегии в отношении возникающих болезней (*44*). Эта стратегия предоставила двухрегиональную основу для обсуждения трех взаимосвязанных целей: совершенствование ведения эндемических болезней, путь к осуществлению ММСП и планирование обеспечения готовности к пандемии. Кроме того,

ЗТОРБ совместно с Секретариатом Тихоокеанского сообщества и другими партнерами оказали поддержку многолетнему Тихоокеанскому региональному проекту по обеспечению готовности к пандемическому гриппу, цель которого состояла в наращивании потенциала в небольших странах и районах Тихоокеанских островов.

Быстрое сдерживание: остановить возникающую пандемию

59. Идея создания стратегии быстрого сдерживания возникла в конце 2005 года. Цель быстрого сдерживания - остановить пандемию гриппа при первом выявлении вируса и до его широкого распространения (*41*). Истоком этой стратегии частично явились меры в ответ на ТОРС, которые продемонстрировали, что было возможно мобилизовать комплекс глобальных оперативных мер в сфере общественного здравоохранения и изменить естественный ход развития болезни. Дальнейшую поддержку оказали два исследования с использованием методов математического моделирования, опубликованные в 2005 г. (*34, 35*). На основании результатов этих исследований был сделан вывод о том, что выявление, расследование и сообщение о первых случаях с последующим широкомасштабным распространением противовирусных препаратов и мер в сфере общественного здравоохранения, направленных на блокирование передачи вируса, таких, как изоляция, карантин и меры контроля на границе, которые необходимо будет незамедлительно привести в действие в пострадавшем районе. По оценкам, максимальный срок, который выделялся на приведение в действие этих экстраординарных мер, составлял три недели. По всей вероятности, не имеет смысла осуществлять попытку быстрого сдерживания в том случае, если новый вирус уже широко распространился ко времени его первичного обнаружения, или в том случае, если оперативные действия не могли быть развернуты с достаточной быстротой.

60. На подготовку к возможной операции по быстрому сдерживанию ВОЗ получила на безвозмездной основе осельтамивир в количестве трех миллионов курсов лечения для использования в качестве запаса. Страны поощрялись к тому, чтобы планирование по быстрому сдерживанию стало составной частью их национальных планов по обеспечению готовности к пандемии гриппа. ВОЗ в сотрудничестве с государствами-членами и техническими экспертами разработала протокол быстрого сдерживания, провела региональные рабочие совещания и разработала учебные материалы. Ряд государств-членов и регионов ВОЗ разработали страновый и региональный протоколы быстрого сдерживания и провели тренировочные мероприятия по апробированию реализации стратегии быстрого сдерживания до начала вспышки пандемического гриппа A (H1N1) - 2009.

61. Быстрое сдерживание рассматривается как экстраординарное действие в сфере общественного здравоохранения, которое выходит за рамки обычных ответных действий на вспышки и мер борьбы с болезнью. Оно направлено на то, чтобы остановить начинающуюся пандемию у ее первоисточника. Важно отметить, однако, что планы по обеспечению готовности к пандемии и ответных мер используют термин "сдерживание" для обозначения целого ряда действий, например предупреждения попадания вируса в страну или замедление географического распространения вируса. Аналогичным образом, термин "смягчение" (который иногда используется взаимозаменяемо с термином

"сдерживание") имеет различные значения в зависимости от контекста, например замедление географического распространения вируса, сокращение бремени болезни или смягчение клинических проявлений болезни.

Глобальная сеть эпиднадзора за гриппом

62. С 1952 г. Глобальная сеть эпиднадзора за гриппом (GISN) играет основополагающую роль в выявлении и мониторинге гриппа. Ее лабораторная сеть занимается отслеживанием и анализом вирусов гриппа. По результатам ее работы ВОЗ составляет рекомендации по вакцинам против сезонного гриппа для северного и южного полушария. Состав вакцин может корректироваться каждый год, поскольку вирусы гриппа непрерывно меняются незначительно, но иммунологически значимым образом. Отслеживание этих изменений в режиме реального времени, в течение круглого года, в масштабах всего мира является грандиозной задачей. Еще одна важная функция GISN состоит в выявлении и оценке новых вирусов гриппа на предмет их возможности вызывать пандемию.

63. Произошло расширение GISN до масштабов глобального партнерства 136 Национальных центров по гриппу (НЦГ) в 160 странах, шести высокоспециализированных сотрудничающих центров ВОЗ (СЦ ВОЗ) и трех Головных контрольных лабораторий (ГКЛ) (*45*) (Рис. 1.7). И хотя GISN имеет достаточно хорошо разветвленную сеть, существуют некоторые географические пробелы в ее работе, особенно это касается стран Африки.

Рис. 1.7 Глобальная сеть эпиднадзора за гриппом, ВОЗ (GISN)



Указанные на этой карте границы и названия и используемые обозначения ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительно границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Источник данных: карты, выпускаемые Всемирной организацией здравоохранения: Информация в сфере общественного здравоохранения и Геоинформационные системы (ГИС)
Всемирная организация здравоохранения



64. В ответ на сложные задачи, возникшие в связи с вирусами гриппа A (H5N1), ВОЗ разработала специальную сеть, состоящую из справочных лабораторий по H5, которая начала функционировать в 2004 году. Эти действия усилили потенциал GISN по раннему выявлению новых вирусов и подчеркнули важность координированного эпиднадзора за здоровьем животных и человека (*46*).

65. НЦГ, которые часто называют "основой" GISN, поскольку они поддерживают работу всей сети, обычно являются основным источником знаний в сфере эпиднадзора за вирусами гриппа и ответных действий в стране. Они собирают и анализируют выделенные из клинических образцов штаммы гриппа и направляют репрезентативные или необычные изоляты вируса в СЦ ВОЗ для подробной характеристики. Ежегодно НЦГ собирают более 175 000 образцов материала от пациентов и предоставляют около 2000 вирусов в СЦ ВОЗ для антигенного и генетического анализа (*45*). Хотя не осуществляется сбор эпидемиологических и клинических данных на индивидуальном уровне, НЦГ представляют в ВОЗ еженедельные отчеты по лабораторным данным эпиднадзора, а также по данным проекта, осуществляемого по географическому принципу с использованием FluNet, электронной интерактивной веб-системы по представлению данных, справочных материалов и систематическому структурированию информации (*47*).

66. СЦ ВОЗ специализируются на использовании передовых методов антигенного и генетического анализа вирусов гриппа с целью отслеживания эволюции вирусов и связанных с этим рисков, обновления состава вакцины, определения чувствительности к противовирусным препаратам, обновления и производства стандартизированных реагентов, которые используются НЦГ для проведения исследований по диагностике сезонного гриппа и предоставления консультативной помощи и обучения по наиболее современным лабораторным методам диагностики гриппа.

Создание возможностей в сфере общественного здравоохранения

67. Подготовка к чрезвычайной ситуации в сфере здравоохранения, имеющей международное значение, необходимость которой отстаивают ММСП, во многом зависит от создания и поддержания основных возможностей в сфере общественного здравоохранения на местном, промежуточном и национальном уровнях, а также на границах стран. На каждую национальную систему здравоохранения налагается бремя защиты своего населения в чрезвычайных ситуациях, вместе с тем, наивысшей ценностью обязательств по созданию потенциала в соответствии с положениями ММСП в конечном итоге может оказаться улучшение решения повседневных вопросов общественного здравоохранения в странах.

68. Целью ММСП является обеспечение некоторой степени определенности в национальных и глобальных действиях в ответ на значительные события в сфере общественного здравоохранения:

- Страны должны сообщать в ВОЗ о значительных событиях в сфере общественного здравоохранения.

- Ожидается, что страны будут обмениваться информацией, осуществлять сотрудничество и координацию между собой и с ВОЗ.

- НЦГ служат в качестве назначенного пункта координации и коммуникации

- Ответные меры должны основываться на научных данных, информации, свидетельствующей о риске общественному здоровью, и учитывать техническую консультативную помощь ВОЗ; страны, желающие применить более ограничительные или запретительные меры, должны предоставить надлежащее обоснование.

- Операторы перевозок и лица, совершающие поездки, ожидают и заслуживают того, чтобы любые меры, предпринимаемые на границах, минимальным образом нарушали порядок вещей, защищая общественное здоровье.

69. Настоящий доклад представляет собой как обзор функционирования ММСП, так и расследование происходившего во время пандемии, которая являлась первым крупным испытанием для ММСП. В следующей главе приводится описание того, как разворачивались события во время пандемии.

Ссылки

1. Lederberg J, Shope RE, Oaks SCJ, eds. *Emerging infections. Microbial threats to health in the United States.* Washington, DC, National Academy Press, 1992.

2. Sanchez A et al. Reemergence of Ebola virus in Africa. *Emerging Infectious Diseases*, 1995, 1:96–97.doi:10.3201/eid0103.950307 PMID:8903173

3. Heymann D, Kindhauser M, Rodier G. Coordinating the global response. In: *SARS: how a global epidemic was stopped.* Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2006:49–55.

4. Mounts AW et al. Case-control study of risk factors for avian influenza A (H5N1) disease, Hong Kong, 1997. *The Journal of Infectious Diseases*, 1999, 180:505–508.doi:10.1086/314903 PMID:10395870

5. Peiris JS, de Jong MD, Guan Y. Avian influenza virus (H5N1): a threat to human health. *Clinical Microbiology Reviews*, 2007, 20:243–267.doi:10.1128/CMR.00037-06 PMID:17428885

6. Webster RG et al. H5N1 outbreaks and enzootic influenza. *Emerging Infectious Diseases*, 2006, 12:3–8. PMID:16494709

7. Kalthoff D, Globig A, Beer M. (Highly pathogenic) avian influenza as a zoonotic agent. *Veterinary Microbiology*, 2010, 140:237–245.doi:10.1016/j.vetmic.2009.08.022 PMID:19782482

8. Mahmoud AAF, Lemon SM. Summary and assessment. In: Knobler S et al., eds. *Learning from SARS: preparing for the next disease outbreak.* Washington, DC, National Academies Press,
2004:1–39.

9. Lee SH. The SARS epidemic in Hong Kong. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:652–654.doi:10.1136/jech.57.9.652 PMID:12933765

10. Heymann DL, Rodier G. SARS: lessons from a new disease. In: Knobler S et al., eds. *Learning from SARS: preparing for the next disease outbreak.* Washington, DC, National Academies Press, 2004:234–46.

11. Olsen SJ et al. Transmission of the severe acute respiratory syndrome on aircraft. *The New England Journal of Medicine*, 2003, 349:2416–2422.doi:10.1056/NEJMoa031349 PMID:14681507

12. Varia M et al.; Hospital Outbreak Investigation Team. Investigation of a nosocomial outbreak of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Toronto, Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 2003, 169:285–292. PMID:12925421

13. Lee N et al. A major outbreak of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *The New England Journal of Medicine*, 2003, 348:1986–1994.doi:10.1056/NEJMoa030685 PMID:12682352

14. Wong TW et al.; Outbreak Study Group. Cluster of SARS among medical students exposed to single patient, Hong Kong. *Emerging Infectious Diseases*, 2004, 10:269–276. PMID:15030696

15. Cetron M et al. Isolation and quarantine: containment strategies for SARS 2003. In: Knobler S et al., eds. *Learning from SARS: preparing for the next disease outbreak. Workshop summary.* Washington, DC, National Academies Press, 2004:71–83.

16. World Health Organization. IHR brief I: introduction to the IHR (2005). 1 January 2007. http://www.who.int/ihr/ihrbrief1en.pdf

17. *Global crises – global solutions. Managing public health emergencies of international concern through the revised International Health Regulations.* Geneva, World Health Organization, 2002. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_CDS_CSR_GAR_2002.4.pdf

18. World Health Organization. World Health Assembly 48.7: Revision and updating of the International Health Regulations. 12 May 1995.

19. World Health Organization. Ten things you need to do to implement the IHR. 2008. http://www.who.int/ihr/about/10things/en/

20. Grein TW et al. Rumors of disease in the global village: outbreak verification. *Emerging Infectious Diseases*, 2000, 6:97–102.doi:10.3201/eid0602.000201 PMID:10756142

21. Heymann DL, Rodier GR; WHO Operational Support Team to the Global Outbreak Alert and Response Network. Hot spots in a wired world: WHO surveillance of emerging and re-emerging infectious diseases. *The Lancet Infectious Diseases*, 2001, 1:345–353.doi:10.1016/S1473–3099(01)00148-7 PMID:11871807

22. World Health Organization. Influenza. 25 January 2008. http://www.who.int/immunization/topics/influenza/en/index.html

23. Gessner BD, Shindo N, Briand S. Seasonal influenza epidemiology in sub-Saharan Africa: a systematic review. *The Lancet Infectious Diseases*, 2011, 11:223–235.doi:10.1016/S1473–3099(11)70008-1 PMID:21371656

24. Influenza vaccines. WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*, 2005, 33:279–287.

25. Influenza pandemic plan. The role of WHO and guidelines for national and regional planning. Geneva, World Health Organization, April 1999. http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/whocdscsredc991.pdf

26. *WHO global influenza preparedness plan. The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics.* Geneva, World Health Organization, 2005. http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf

27. *Pandemic influenza preparedness and response: a WHO guidance document.* Geneva, World Health Organization, 25 April 2009. http://www.who.int/csr/disease/influenza/pipguidance2009/en/index.html

28. Bell DM; World Health Organization Writing Group. Non-pharmaceutical interventions for pandemic influenza, national and community measures. *Emerging Infectious Diseases*, 2006, 12:88–94. PMID:16494723

29. Bell DM; World Health Organization Writing Group. Non-pharmaceutical interventions for pandemic influenza, international measures. *Emerging Infectious Diseases*, 2006, 12:81–87. PMID:16494722

30. Markel H et al. Nonpharmaceutical interventions implemented by US cities during the 1918–1919 influenza pandemic. *The Journal of the American Medical Association*, 2007, 298:644–654.doi:10.1001/jama.298.6.644 PMID:17684187

31. McLeod MA et al. Protective effect of maritime quarantine in South Pacific jurisdictions, 1918–19 influenza pandemic. *Emerging Infectious Diseases*, 2008, 14:468–470.doi:10.3201/eid1403.070927 PMID:18325264

32. Wilson N et al. Re-evaluating a local public health control measure used in New Zealand for the pandemic influenza of 1918. *The New Zealand Medical Journal*, 2005, 118:U1714. PMID:16258584

33. Ferguson NM et al. Strategies for mitigating an influenza pandemic. *Nature*, 2006, 442:448–452.doi:10.1038/nature04795 PMID:16642006

34. Ferguson NM et al. Strategies for containing an emerging influenza pandemic in Southeast Asia. *Nature*, 2005, 437:209–214.doi:10.1038/nature04017 PMID:16079797

35. Longini IM Jr et al. Containing pandemic influenza at the source. *Science*, 2005, 309:1083–1087.doi:10.1126/science.1115717 PMID:16079251

36. Germann TC et al. Mitigation strategies for pandemic influenza in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2006, 103:5935–5940.doi:10.1073/pnas.0601266103 PMID:16585506

37. Glass RJ et al. Targeted social distancing design for pandemic influenza. *Emerging Infectious Diseases*, 2006, 12:1671–1681. PMID:17283616

38. Global pandemic influenza action plan to increase vaccine supply. Geneva, World Health Organization, 2006. http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF06/863.pdf

39. Report of the WHO consultation on surveillance for pandemic influenza. Geneva, Switzerland, 10–12 December 2007. Geneva, World Health Organization, 2009. http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/DecReportFinal2.pdf

40. World Health Organization. Global surveillance during an influenza pandemic – version 1. 28 April 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/global_pandemic_influenza_surveilance_apr09.pdf

41. World Health Organization. WHO interim protocol: rapid operations to contain the initial emergency of pandemic influenza. October 2007. http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/RapidContProtOct15.pdf

42. WHO Regional Office for Africa. Regional Pandemic Influenza Preparedness and Response Plan, 2009–2010. 7 May 2009. http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3762

43. WHO Pan American Health Organization. PAHO Strategic and Operational Plan for Responding to Pandemic Influenza 2008–2009. April 2008. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6308

44. Asia-Pacific Strategy for Emerging Diseases (APSED). New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia; Manila, WHO Regional Office for Western Pacific; 23 September 2005. http://203.90.70.117/catalogue/2005-2006/pdf/emergingdiseases/asiapacificstrategyforemergingdiseases.pdf

45. World Health Organization. WHO Global Influenza Surveillance Network. 2011. http://www.who.int/csr/disease/influenza/surveillance/en/

46. Briand S, Mounts A, Chamberland M. Challenges of global surveillance during an influenza pandemic. *Public Health*, 2011. In press.

47. Flahault A et al. FluNet as a tool for global monitoring of influenza on the Web. *The Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1330–1332.doi:10.1001/jama.280.15.1330 PMID:9794312

II. ПАНДЕМИЯ ГРИППА А (H1N1) - 2009

Резюме

Эта глава начинается с обзора того, что стало известно о пандемии гриппа А (H1N1) - 2009. Затем следует описательная хронология отдельных событий, иллюстрирующих характер развития пандемии, то есть от появления нового подтипа вируса с последующими фазами пандемии и связанными с ними мероприятиями на уровне Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и до начала постпандемического периода. Это изложение не претендует на исчерпывающее освещение буквально всех мероприятий, проведенных в разных странах мира вследствие пандемии; до некоторой степени здесь приведено описание выборочных важнейших событий с упором на те, что имеют прямое отношение к деятельности ВОЗ[1], которое наглядно показывает, как они развивались.

A. Обзор ситуации с пандемией гриппа A(H1N1) - 2009

1. Возникновение нового вируса H1N1 в начале 2009 г. послужило причиной первой в XXI столетии пандемии гриппа. Полученные путем имитационного моделирования расчетные данные глобального бремени заболевания пандемическим гриппом А (H1N1) - 2009 варьирует в пределах от нескольких десятков миллионов случаев до 200 миллионов (*1*). К августу 2010 г., когда было официально заявлено о переходе пандемии в постпандемический период, число зарегистрированных лабораторно подтвержденных смертей от пандемического гриппа А (H1N1) - 2009 (*2*) составило примерно 18 500. Истинные масштабы летальных исходов, обусловленных пандемическим вирусом, могут, тем не менее, оказаться значительно больше, поскольку многие люди умерли, не будучи обследованными.

2. Протекающий без осложнений пандемический грипп (H1N1) - 2009 является самокупирующимся заболеванием, симптомы которого аналогичны проявлениям сезонного гриппа, включая лихорадку, кашель, головную боль, ломоту в теле, больное горло и насморк; в отличие от сезонного гриппа чаще отмечаются такие симптомы, как тошнота, рвота и диарея. Большинство больных при неосложненном заболевании выздоравливают в течение недели без какого-либо лечения. Пути передачи этой вирусной инфекции, судя по всему, аналогичны механизмам распространения сезонного гриппа, то есть это воздушно-капельный путь передачи или образование аэрозоля при разговоре, чихании или кашле (*3*).

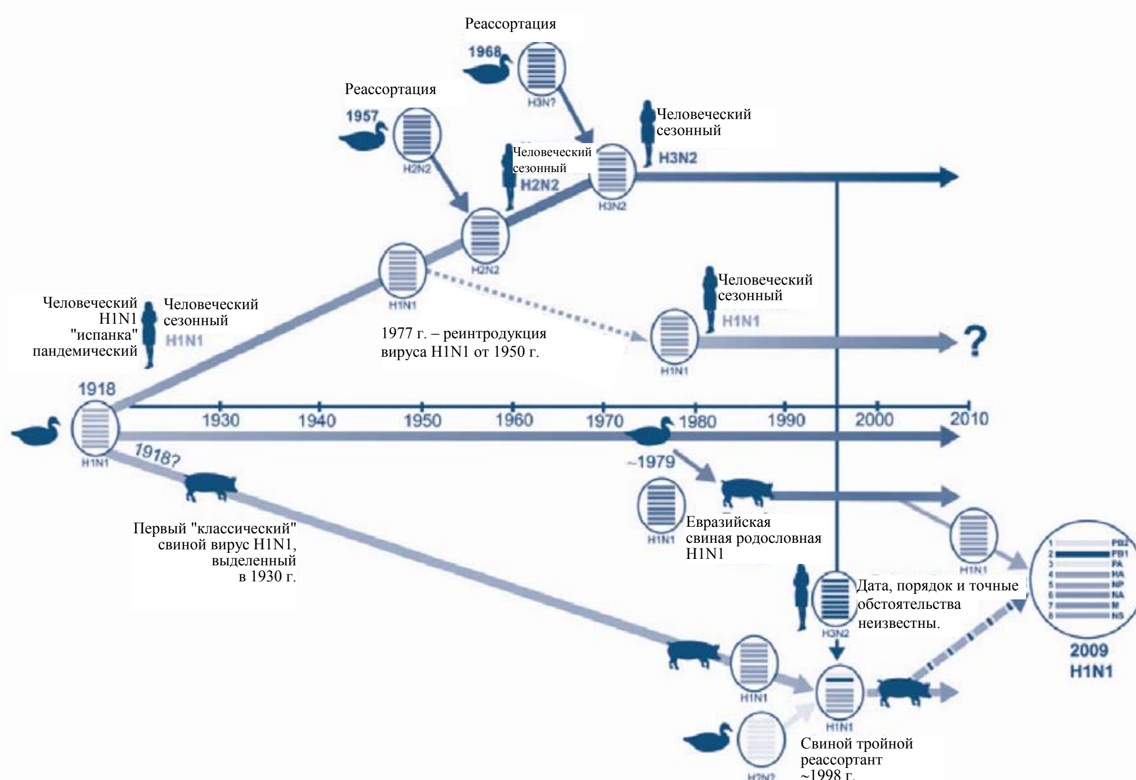
3. Помимо преобладающего числа случаев самокупирующегося заболевания, пандемия (H1N1) - 2009 проявилась в целой серии случаев, сопровождаемых тяжелыми или смертельными осложнениями. Основной причиной заболевания в тяжелой форме оказалась вирусная пневмония, ассоциируемая с тяжелым поражением легких, что проявилось в развитии дыхательной недостаточности, а порой и в формировании циркуляторного коллапса и почечной недостаточности (*3*).

4. Поразительным оказалось то, что при сравнении пандемического (H1N1) - 2009 и сезонного гриппа наибольшее бремя болезни в период пандемии ощутили на себе лица

[1] Несмотря на то, что события имели место во всех регионах ВОЗ, в этом описании, в основном, идет речь о событиях в рамках штаб-квартиры ВОЗ.

более молодого возраста. Одна из возможных причин такого аномального повозрастного распределения болезни является сходство между пандемическим вирусом (H1N1) - 2009 и вирусами гриппа H1N1 периода 1918–1919 годов (Рис. 2.1). Не исключено, что у старшего поколения взрослых уровень иммунной защиты против вируса 2009 г. оказался выше, так как это поколение в первые 60 лет своей жизни или около того в XX веке подвергалось воздействию инфекции гриппоподобных вирусов H1N1 периода 1918–1919 годов (*4*) (Рис. 2.1).

Рис. 2.1 Эволюция вируса пандемического гриппа A (H1N1) - 2009



Эволюция вируса пандемического гриппа A H1N1 - 2009. Человеческие вирусы "испанского гриппа" в 1918 г. и "классического" свиного гриппа A H1N1, по-видимому, произошли от одного предшественника, приспособившегося к размножению в организме птиц (левая часть рисунка). Начиная с 1918 г. генетическая изменчивость накапливалась в клеточных родословных вирусов гриппа A как человеческого, так и свиного типа в результате реассортации (четко показано на рисунке; см. ниже справа ключ к генным сегментам) и постепенно, посредством точечной мутации (судя по поэтапным цветовым переходам в пределах линий, представляющих индивидуальные родословные). Судя по всему, пандемический вирус H1N1 - 2009 возник путем реассортации нескольких вирусов, циркулирующих по имеющимся данным среди свиней.

Репринт из Microbial Forensics, 2nd edition, Budolwe B et al, eds. Bush RM, Part 2: Emerging infections, Influenza Forensics, Pages 109-135. Copyright 2011, with permission from Elsevier.

5. Частота госпитализации и показатели летальности из-за пандемии (H1N1) - 2009 колебались в широких пределах между странами, что служит отражением таких факторов, как ареал распространения вируса и различия в методах оказания медико-санитарной

помощи. Частота поступлений в больницы была наибольшей среди детей пятилетнего или более молодого возраста. Ориентировочно 9–31% больных в стационарах также нуждались в лечении в отделении интенсивной терапии, причем 14-46% пациентов из этой категории умерли (*3*).

6. Выяснилось, что к группе повышенного риска инфицирования тяжелой формой пандемического гриппа (H1N1) - 2009 следует относить детей раннего возраста, беременных женщин и недавно рожавших женщин. Риск перехода болезни в тяжелую форму увеличивался у женщин, заразившихся в третьем триместре беременности. Кроме того, к повышенному риску протекания болезни в более тяжелой форме относятся лица с хроническими болезнями легких и сердца, неврологическими расстройствами или нарушениями иммунной системы (*3*). Были определенные основания считать, что патологически полные люди также подвержены повышенному риску развития пандемического заболевания гриппом (H1N1) - 2009 в тяжелой форме, однако это предположение доказано не было (*5*).

7. Коренное население в странах Американского и Тихоокеанского регионов в большей мере, чем другие группы населения пострадали от пандемии (H1N1) - 2009, поскольку, в отличие от остального населения, именно среди них отмечалась повышенная вероятность развития тяжелой формы болезни. К возможным объяснениям этого явления следует отнести стесненные условия проживания и распространенность фоновых заболеваний, хотя, возможно, этому могли способствовать и социальные факторы, и ограниченная доступность медобслуживания (*3*).

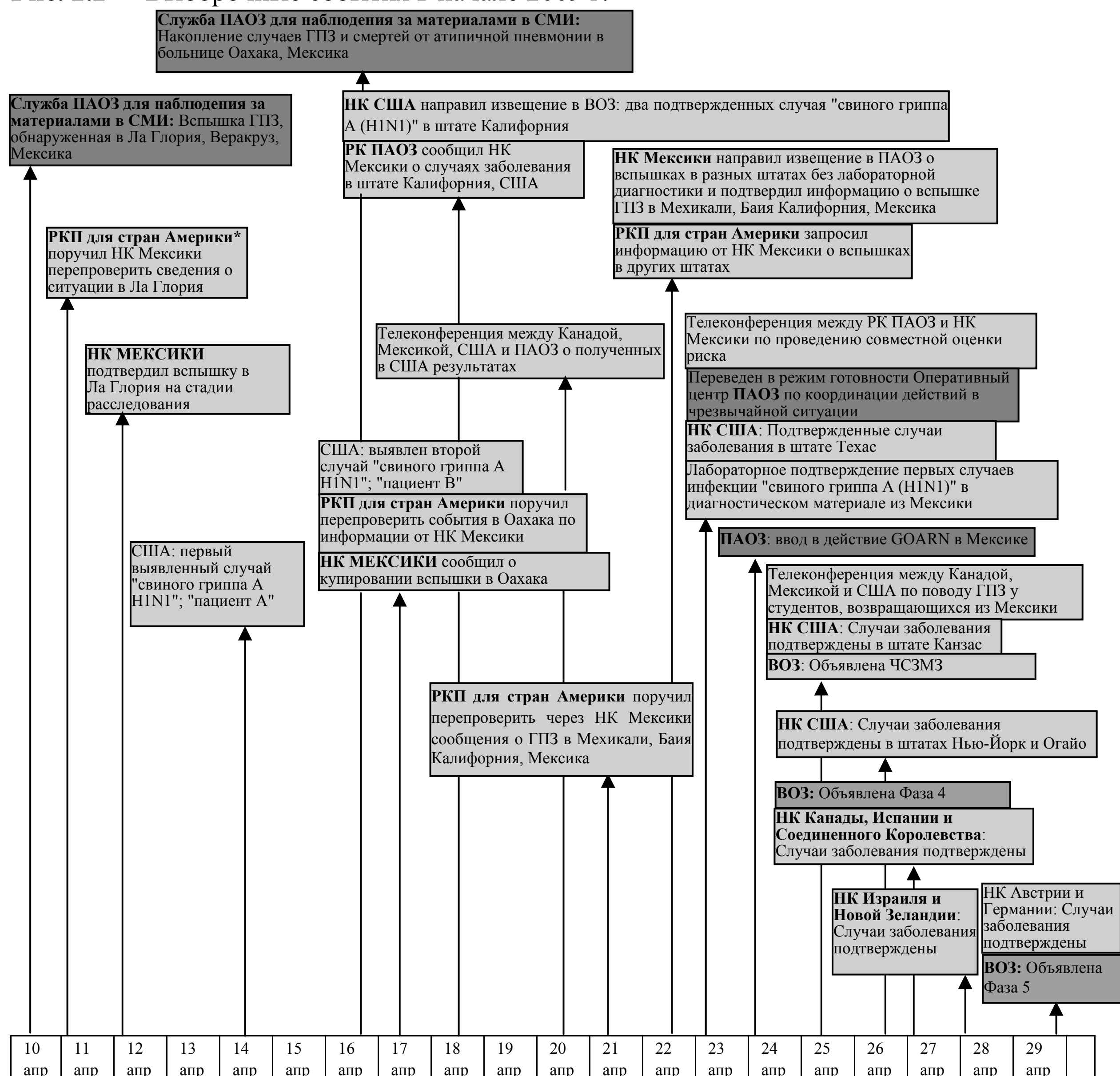
8. Анализ на молекулярном уровне показал, что пандемия (H1N1) - 2009 происходит от вирусов, в свое время циркулировавших многие годы среди свиней, – вот почему на ранних стадиях развития пандемии появились такие термины, как "вирус гриппа свиного происхождения" и "свиной грипп". Свиньи восприимчивы к инфицированию вирусами гриппа как от птиц, так и от человека, а также вирусами, поражающими свиней, что превращает их в идеальные"смесительные резервуары", порождающие новые вирусы, которые поступают из разных источников. В процессе, известном под названием реассортации, вследствие нескольких этапов смешивания генетического материала вирусов разных типов за последнее столетие и появился новый вирус (*4*) (Рис. 2.1).

B. Возникновение и выявление вируса

9. Первые случаи заболевания, ныне известного как пандемический грипп (H1N1) - 2009, имели место в Мексике в период с февраля до начала марта 2009 г., когда на территории страны национальной системой эпиднадзора были выявлены небольшие вспышки гриппоподобного заболевания. Предполагалось, что эти вспышки совпали по времени с завершающей стадией сезонного подъема заболеваемости гриппом в Мексике, даже на фоне заметного повышения активности болезни по сравнению с прошлым годом. В середине марта Главное управление эпидемиологии Мексики выступило с общенациональным эпидемиологическим предупреждением, предусматривающим усиление эпиднадзора за острыми респираторными инфекциями.

10. К 6 апреля 2009 г. активный эпиднадзор подтвердил, что вследствие одной вспышки в сельской общине Ла Глория, Веракруз, занятой свиноводством, суммарное число случаев увеличилось до 444 среди населения численностью около 2600 человек. Озвученные местными средствами массовой информации домыслы связывали эту вспышку с загрязнением окружающей среды из-за окислительных резервуаров, имеющихся на свиноводческих фермах. Эти сообщения были подхвачены службой наблюдения за распространяемыми СМИ материалами Панамериканской организации здравоохранения (ПАОЗ) (Рис. 2.2). В ответ на запрос Регионального координатора ПАОЗ от 12 апреля Национальный координатор (НК) по ММСП для Мексики подтвердил произошедшее в Ла Глория событие и заявил, что оно может представлять собой чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение (ЧСЗМЗ), причем в основе этого заключения лежит оценка риска, которая была проведена в соответствии со схемой принятия решений, приведенной в Приложении 2 Международных медико-санитарных правил (2005 г.) (Дополнение III, Функция 2). Наряду с этим НК также отметил, что нет оснований допускать существование какой-либо связи между случаями гриппоподобного заболевания и практикой свиноводства. В соответствии с трехсторонними соглашениями о сотрудничестве в области общественного здоровья и рекомендациями Международных медико-санитарных правил от 2005 г. (ММСП) Мексика также поделилась этой информацией с Канадой и Соединенными Штатами Америки.

Рис. 2.2 Выборочные события в начале 2009 г.



*РКП для стран Америки = Региональный контактный пункт ВОЗ по ММСП для стран Северной и Южной Америки. Даты отражают временной пояс события.

11. В течение последующих нескольких дней ситуация в Мексике развивалась стремительно. Суммарное число случаев заболевания в Ла Глория продолжало расти наряду с возникновением других вспышек респираторного заболевания в разных частях страны. Случай смерти от атипичной пневмонии в местечке Оахака был сначала ошибочно истолкован в средствах массовой информации как тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) (Рис. 2.2). На внеочередном заседании Национального комитета по эпидемиологическому надзору эксперты пришли к выводу, что ситуация вызывает тревогу не только из-за увеличения частоты случаев заболевания, но также по

причине развития тяжелой формы болезни у молодых и ранее практически здоровых лиц. В результате анализа проб диагностического материала был обнаружен вирус гриппа А, штаммы которого не совпадали с каким-либо известным ранее подтипом. Второе общенациональное эпидемиологическое предупреждение было объявлено 17 апреля, и на всей территории Мексики активизировались усилия по расследованию случаев (*6*).

12. Одновременно со вспышками заболеваний в Мексике в конце марта острые респираторные инфекции были выявлены у двух детей, проживающих в соседних округах на юге штата Калифорния в США. Оба ребенка выздоровели без каких-либо осложнений, но ни в одном из этих случаев не удалось выявить подтип гриппа А в качестве этиологического агента. Взятые у пациента А из округа Сан-Диего и у пациента В из округа Империал пробы диагностического материала были направлены в Центры США по контролю и профилактике заболеваний (CDC) для более детального анализа. В середине апреля специалисты CDC установили, что оба ребенка оказались инфицированными новым подтипом гриппа А, структура которого предположительно указывала на его принадлежность к свиному штамму - "свиному гриппу А (H1N1)" и который ранее не выявляли ни у людей, ни у животных (*7*). Эта информация была доведена до сведения ВОЗ через НК и предоставлена в распоряжение Мексики (Рис. 2.2).

13. Очередные вспышки респираторной инфекции продолжали возникать в Мексике. Сотрудничество между Мексикой, ПАОЗ, Канадой и США позволило обеспечить пересылку респираторных образцов из Мексики в Национальную лабораторию микробиологии при Агентстве общественного здравоохранения Канады, а также в CDC. Двадцать третьего апреля стало известно, что по данным не связанных друг с другом анализов в Канаде и США нетипируемые изоляты вируса А, полученные от заболевших в Мексике, и штаммы "свиного гриппа А (H1N1)", выделенные у детей в Калифорнии, были генетически идентичными (*8*).

14. В утренние часы 24 апреля по центральному европейскому времени соответствующее предупреждение поступило в ВОЗ, а также в Центр стратегических медико-санитарных операций (SHOC) при штаб-квартире ВОЗ в Женеве. Центр SHOC переходит в режим готовности, с тем чтобы из одного командного пункта обеспечивать координацию глобальных ответных действий на такие острые кризисные ситуации с общественным здоровьем, как вспышки инфекционных заболеваний, а также природные или антропогенные катастрофы наряду с потенциальной ЧСЗМЗ. Об этом была поставлена в известность Генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен, летевшая в это время в Нью-Йорк, и она сразу направилась в штаб-квартиру ПАОЗ в Вашингтоне, округ Колумбия. К этому времени поступило подтверждение еще о трех случаях заболевания в штате Калифорния и о двух случаях в штате Техас, тогда как другие заболевшие в США еще не прошли этап обследования. В Мексике насчитывалось примерно 1000 главным образом неподтвержденных случаев, включая 59 смертей (*8)*. Генеральный директор также организовала телеконференцию с участием ведущих специалистов CDC и Министерства здравоохранения и социальных служб США для обсуждения выявленных в стране случаев заболевания.

15. На состоявшейся позднее в тот день телеконференции с участием Генерального директора, сотрудников штаб-квартиры в Женеве, специалистов Министерства здравоохранения Мексики, ПАОЗ и представителей региональных и страновых офисов было высказано общее мнение, что сложившаяся ситуация, судя по всему, представляет собой возможную ЧСЗМЗ. Работа в ВОЗ началась с определения состава Комитета по чрезвычайной ситуации из имеющегося Списка экспертов по ММСП, куда были включены лица, назначенные либо государствами-членами, либо непосредственно Генеральным директором согласно Положениям ВОЗ о списках экспертов-консультантов. В Мексике меры по сдерживанию дальнейшего распространения болезни начались с закрытия школьных учреждений по всему городу Мехико, и в дальнейшем это решение было реализовано в общенациональном масштабе. Были закрыты университеты, театры и музеи. Если одни страны аннулировали регулярные авиарейсы в Мексику, то другие приостановили торговые отношению с нею. Соседние латиноамериканские страны стали оповещать население об угрозах здоровью.

16. Начиная с 25 апреля дважды в день стали проводиться совещания Группы высокого уровня по вопросам политики (ГВП). Решение о созыве ГВП принимается Генеральным директором или заместителем Генерального директора, когда в этом возникает необходимость. Ее мандат предусматривает процедуру принятия безотлагательных и информированных решений по вопросам политики, связанным с чрезвычайной ситуаций. В состав Группы входят Генеральный директор/заместитель Генерального директора (председатель); Исполнительный директор, Канцелярия Генерального директора; помощник Генерального директора, Безопасность в области здравоохранения и окружающая среда; помощник Генерального директора, Медико-санитарные действия в условиях кризисов; советники Генерального директора; и сотрудники старшего звена, отвечающие за оценку эпидситуации, научную и клиническую информацию, оперативные мероприятия, ММСП, вакцины, средства коммуникации, юридическое сопровождение и обеспечение бесперебойной деятельности структурных подразделений ВОЗ. Задачи каждого совещания заключались в следующем: представить основные моменты из ежедневного Доклада о текущей ситуации; обратить внимание на вопросы, требующие политических решений; и обозначить ключевые аспекты, которые требуют последующих действий, и определить ответственную сторону. Официальные протоколы каждого совещания распространялись между всеми членами ГВП, помощниками Генерального директора и региональными директорами.

17. ВОЗ к этому времени стала объектом большого интереса со стороны СМИ, при этом в центре внимания был вопрос о том, будет ли объявлена первая ЧСЗМЗ. На первом совещании Комитета по чрезвычайной ситуации его членам предстояло принять решение по поводу отнесения сложившейся ситуации к категории ЧСЗМЗ, а также относительно того, стоит ли оповещать весь мир о переходе фазы пандемии на более высокую ступень. Еще в 1999 г. ВОЗ выпустила рекомендации по обеспечению готовности к пандемии гриппа. В одном из разделов этого руководства представлено описание стадий или фаз пандемии в помощь государствам-членам с точки зрения соответствующего и эффективного реагирования на предполагаемый уровень активности циркуляции нового вируса. Самое последнее по времени руководство было выпущено в 2005 г., хотя работа по пересмотру и обновлению имеющихся рекомендаций продолжалась, в том числе и ради

того, чтобы привести это руководство в соответствие с положениями ММСП. Сроки возникновения вспышек в Мексике и США совпали с периодом окончательной доработки названных пересмотренных рекомендаций, которые были размещены на веб-сайте ВОЗ 25 апреля 2009 года.

C. Объявление чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение

18. Комитет по чрезвычайным ситуациям провел свое первое заседание после полудня 25 апреля. За исключением одного совещания, которое состоялось в сентябре путем обмена электронными сообщениями, все остальные взаимодействия между членами Комитета обеспечивались в формате телеконференции. В соответствии со сложившейся практикой ВОЗ в отношении комитетов экспертов-консультантов, персональные данные о членах Комитета по чрезвычайным ситуациям не доводились до сведения общественности. В итоге рассмотрения подробной фактической информации, которую изложили представители стран о развитии ситуации в Мексике и США, члены Комитета на основании консенсуса пришли к заключению о происходящей ЧСЗМЗ, однако уровень оповещения о пандемии не должен был выходить за пределы Фазы 3. Комитет обратил особое внимание на необходимость получения более подробных сведений об эпидемиологических, вирусологических и клинических характеристиках этого нового вируса, прежде чем можно будет дать какие-либо дополнительные рекомендации. Руководствуясь положениями ММСП, члены Комитета рекомендовали Генеральному директору объявить о начале ЧСЗМЗ (Дополнение III, Функция 5). В соответствии с этим, когда Генеральный директор ближе к концу того же дня официально заявила о ЧСЗМЗ, она рекомендовала "всем странам активизировать свои усилия по эпиднадзору за необычными вспышками гриппоподобного заболевания и тяжелой пневмонии" (*9*).

19. Лишь через два дня после состоявшегося первого заседания Комитета по чрезвычайной ситуации вирус распространился как на территории Мексики, так и США, и теперь информация о подтвержденных новых случаях заболевания стала поступать из Испании, Канады и Соединенного Королевства. В это же время заболевшие с подозрением на пандемический грипп (H1N1) - 2009 проходили обследования в нескольких других странах по всему миру. На состоявшемся 27 апреля очередном заседании Комитета по чрезвычайной ситуации обсуждался вопрос о том, служит ли сложившаяся ситуация достаточным основанием для пересмотра ранее объявленной фазы. Несмотря на то, что представленные доказательства были по-прежнему неполными, общее мнение склонялось в пользу повышения уровня угрозы пандемии до Фазы 4. Еще одна рекомендация членов Комитета по чрезвычайной ситуации, адресованная Генеральному директору, состояла в том, что сдерживание возникновения очередной вспышки, то есть прекращение дальнейшего распространения вируса, не представляется возможным, и необходимо делать упор на смягчение последствий; закрытие государственных границ и введение ограничений на международные путешествия окажутся неэффективными; и при продолжающемся выпуске вакцины против сезонного гриппа ВОЗ следует способствовать процессу разработки отдельной вакцины, эффективной против нового подтипа.

20. Позднее, вечером того же дня на пресс-конференции помощник Генерального директора Keiji Fukuda, и.о. руководителя Департамента Безопасности в области здравоохранения и окружающей среды, подтвердил детали официального заявления, сделанного накануне Генеральным директором. В своем заявлении д-р Чен отметила: "Это повышение фазы пандемического предупреждения свидетельствует о возрастании вероятности пандемии, но не о ее неизбежности. По мере поступления дополнительной информации ВОЗ может вынести решение либо вернуться к Фазе 3, либо повысить уровень предупреждения до другой фазы". (*10*)

21. На пресс-конференции д-р Fukuda подробно рассмотрел полезные советы, содержащиеся во временных рекомендациях Комитета по чрезвычайной ситуации. Как он объяснял журналистам, одно из соображений, лежащих в основе объявления о начале Фазы 4, касалось перспективы того, насколько результативными окажутся усилия по прекращению или сдерживанию дальнейшего распространения вируса. Для быстрого сдерживания циркуляции нового вируса гриппа потребуются меры, предусматривающие, в том числе, введение карантина, назначение противовирусных препаратов для лечения и профилактики пострадавших и непострадавших индивидов, соответственно, и проведение таких стратегий снижения степени экспозиции, как социальное дистанцирование (*11*). Д-р Fukuda пояснил, что вирус уже настолько широко распространился, что задача его дальнейшего сдерживания вряд ли выполнима. Поэтому в центре внимания рекомендуемых действий должны быть усилия по смягчению последствий с помощью таких мероприятий, как получение людьми доступа к информации, необходимой для собственной защиты и защиты членов своих общин от более тяжелых последствий инфицирования. Д-р Fukuda добавил, что "Генеральный директор рекомендует не закрывать государственные границы или ограничивать свободу для поездок; однако представляется осмотрительным для уже заболевших людей отложить свои поездки, а для возвращающихся из разных стран мира путешественников, которые заболели в пути, было бы разумно обратиться к врачу в соответствии с рекомендациями своих национальных органов власти". (*12*)

22. К 28 апреля список стран, в которых уже циркулировал новый вирус, пополнился еще 18 странами, где были обнаружены случаи с подозрительными инфекциями, причем в этот список также вошли Израиль и Новая Зеландия, где были зарегистрированы лабораторно-подтвержденные случаи. Нередко появление вируса в стране можно было отследить по инфицированному путешественнику, возвращающемуся домой. Решение о переходе на новую фазу пандемии и рост статистики инфицирования во всем мире послужили толчком для еще более пристального внимания к ВОЗ со стороны СМИ. Начиная с предрассветных часов 24 апреля сотрудник ВОЗ по коммуникационному обеспечению днем и ночью находился в Центре SHOC, а ВОЗ, со своей стороны, объявила о мобилизации многочисленного отряда волонтеров в странах в поддержку кадрового обеспечения своих операций по передаче информации.

23. В следующие 24 часа ситуация развивалась стремительным образом. По состоянию на 29 апреля диагноз гриппа (H1N1) - 2009 был подтвержден в 148 случаях в девяти странах, и гораздо большее число заболевших все еще проходило обследование (*13*). В этот же день стало известно о первом летальном исходе за пределами Мексики, в

частности о смерти ребенка грудного возраста в штате Техас. Д-р Чен провела телеконференцию с участием председателя, заместителя председателя и составителя отчета Комитета по чрезвычайной ситуации. Все были согласны с тем, что Фаза 5 в техническом плане была уже достигнута, так как имели место случаи передачи вируса от человека к человеку в двух странах в одном из регионов ВОЗ. Было принято согласованное решение выступить с публичным заявлением о переходе на очередную фазу сразу после того, как об этом будут поставлены в известность все члены Комитета по чрезвычайной ситуации. Одна из причин такого решения заключалась в том, чтобы привлечь внимание еще не пострадавших от пандемии стран к необходимости реализации их национальных планов готовности к пандемии гриппа или чрезвычайных планов действий, а также к активизации мер по эпиднадзору.

24. На конференции с участием представителей СМИ вечером 29 апреля д-р Чен подчеркнула, что характер поведения вновь появившегося вируса гриппа представляется, по определению, не совсем понятным и непредсказуемым, однако она также отметила, что согласованные действия по разработке планов готовности к пандемии свидетельствовали о более удачной расстановке сил в мире, чем когда-либо в истории, чтобы справиться с такой угрозой. "Прежде всего, - сказала она, - это является возможностью проявить глобальную солидарность в процессе наших поисков ответов и решений во благо всех стран, всего человечества. В конечном счете пандемия действительно угрожает всему человечеству". (*14*)

D. Создание запасов противовирусных препаратов и вакцин

25. Создавшаяся ЧСЗМЗ оказала негативное влияние как на повестку дня, так и на формат проведения ежегодной сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2009 года. Сроки ее проведения были сокращены, с тем чтобы должностные лица в сфере здравоохранения не слишком долго были лишены возможности выполнять свои профессиональные обязанности в странах. В Женеве была детально проработана процедура на тот случай, если надо будет оказать помощь любому делегату с симптомами гриппоподобного заболевания. "Этот вирус, возможно, дал нам отсрочку, но мы точно не знаем, как долго она будет продолжаться. Трудно сказать, является ли это просто затишьем перед бурей", - отметила д-р Чен в начале работы Ассамблеи здравоохранения 18 мая (*15*) (Рис. 2.3).

Рис. 2.3 Новый вариант гриппа A (H1N1). Число лабораторно подтвержденных случаев заболевания и смертей по поступившим в ВОЗ данным. По состоянию на 18 мая 2009 г., среднее время по Гринвичу - 16:00



Карта воспроизведена
18 мая 2009 г., среднее время по Гринвичу - 17:25

Указанные на этой карте границы и названия и используемые обозначения ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительно границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия

26. В рамках сессии Ассамблеи здравоохранения Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций Пан Ги Муну и д-ру Чен была предоставлена возможность провести совещание с представителями примерно 30 фармацевтических фирм-изготовителей и обсудить необходимость соблюдения принципов равноправия и справедливости в плане доступности вакцин для развивающихся стран. С первых дней развития чрезвычайной ситуации важнейшими компонентами мобилизации ресурсов ВОЗ были две задачи - обеспечить для людей, пострадавших от вируса, доступ к лекарственному лечению, а для тех, кто еще не пострадал, - доступ к вакцине.

27. До начала работы Ассамблеи здравоохранения Генеральный директор обратила внимание на те трудности, которые связаны с достижением этих целей, когда она выступила с обращением к Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций в формате видеоконференции. "Позвольте мне быть откровенной. Глобальный производственный потенциал, несмотря на свой заметный рост в последнее время, по-прежнему не является достаточным для выпуска необходимого количества противовирусных препаратов и пандемических вакцин для своевременной защиты всего населения мира от инфекции. Такова реальность. Но у нас есть возможность получить необходимые данные, на основании которых мы сможем разумно и целенаправленно осуществлять эти профилактические вмешательства, сохранить запасы расходных

материалов, а в случае назначения противовирусных препаратов уменьшить риск развития лекарственной устойчивости. Пандемия гриппа это событие глобального масштаба, которое требует проявления глобальной солидарности. Будучи главным административно-техническим специалистом ВОЗ, мой служебный долг состоит в том, чтобы я предприняла все меры к тому, чтобы развивающиеся страны не остались беззащитными. Я обязана содействовать тому, чтобы люди не остались не охваченными помощью только потому, что они родились не в том месте. Я активно и постоянно взаимодействую с фармацевтической промышленностью, чтобы обеспечить доступ к приемлемым по цене препаратам и пандемической вакцине, если в этом возникает необходимость". (*16*).

28. С первых дней возникновения ЧСЗМЗ ученые североамериканских стран установили, что новый вирус обладает устойчивостью к ранее выпущенным противовирусным препаратам, в частности к амантадину и римантадину, но является чувствительным к более современным препаратам - осельтамивиру и занамивиру. По мере распространения пандемии (H1N1) - 2009 многие страны мира сумели создать отечественные запасы противовирусных препаратов. Для стран, где такие запасы накопить не удалось, ВОЗ имеет в своем распоряжении буферные запасы осельтамивира. Сразу после распространения предупреждения о пандемии в Фазе 5 ВОЗ приступила к поставкам трех миллионов доз данного препарата для Мексики, а также для 71 предварительно отобранной страны с низким уровнем дохода на душу населения. В течение месяца в срочном порядке были реализованы поставки из этого запаса, и ВОЗ необходимо было обеспечить, если потребуется, дополнительные поставки в течение всего периода пандемии; впоследствии некоторые страны с высоким уровнем дохода выделили противовирусные препараты в качестве дара в рамках глобального реагирования на сложившуюся ситуацию. Кроме того, ВОЗ через свою программу преквалификации лекарственных средств сумела расширить поставки генериков осельтамивира и занамивира. Эта программа началась в 2001 г. в поддержку оптовых закупок основных лекарственных средств международными снабженческими организациями, как например Детским фондом Организации Объединенных Наций, в целях их распространения в странах с ограниченными ресурсами. Названная программа создает гарантии того, что лекарственные средства, поступающие через снабженческие организации для лечения приоритетных заболеваний, отвечают приемлемым стандартам качества, безопасности и эффективности.

29. Существовали реальные возможности для срочных поставок противовирусных препаратов в страны, поскольку они были доступны благодаря предварительно спланированному ВОЗ запасу. В отличие от этого, потребовалось бы немало месяцев для создания вакцины против H1N1. В первые недели развития ЧСЗМЗ стало ясно, что иммунитет, формируемый прививками против сезонного гриппа, не сможет защитить от заражения пандемическим штаммом (H1N1) - 2009. Если принимать во внимание темпы распространения вируса по всему миру, то суть проблемы заключалась в создании, производстве, распространении и введении новой, эффективной и безопасной вакцины в рекордно короткие сроки.

30. ВОЗ провела совещание с представителями фармацевтических компаний всего мира, с тем чтобы подключить фармацевтические фирмы к участию в разработке и выпуске

новой вакцины не в ущерб производства вакцины против сезонного гриппа. К концу мая ВОЗ определила характеристики возникшего вируса, которые должны быть положены в основу разработки вакцины. Благодаря координации усилий участвующих сторон на глобальном уровне в сжатые сроки и буквально в течение нескольких недель удалось получить первые результаты и приступить к выпуску посевных вакцинных штаммов. Правительства стран оперативно разместили предварительные заказы на поставки, и первые партии вакцин стали поступать спустя пять месяцев.

31. Объемы поставок вакцин были первоначально незначительными. В основе производства большинства гриппозных вакцин лежит технология выращивания штамма на куриных эмбрионах. Выход готового продукта был невысоким из-за того, что штаммы в этой питательной среде размножались медленно. Возникшие на дальнейших этапах трудности в процессе производства еще больше замедлили темпы производства и поставок пандемической вакцины. ВОЗ провела работу по определению приоритетных групп населения, как например медработников, подлежащих вакцинации в первую очередь.

32. К тому времени, когда объемы поставок вакцины заметно расширились, заинтересованность и озабоченность общественности по поводу этой проблемы стали уменьшаться в некоторых странах. Кроме того, результаты тестирования показали, что в большинстве ситуаций для формирования адекватного ответа на уровне антител достаточно вводить только одну дозу, а не две, как предполагалось ранее. Вследствие этого в отдельных странах скопились невостребованные партии препарата. В отличие от избыточного количества вакцин в некоторых частях мира многие контингенты населения не имели или имели ограниченный доступ к вакцине на протяжении всего периода пандемии.

E. Объявление пандемии

33. Менее чем через три недели после того, как была объявлена ЧСЗМЗ, а именно 11 мая, ВОЗ разместила информацию об оценке тяжести пандемии гриппа на своем веб-сайте *(17)*. Сообщение на сайте говорило о следующем: "За исключением вспышки болезни в Мексике, которая до сих пор полностью не понятна, вирус H1N1 имеет тенденцию вызывать легкую болезнь у здоровых в других отношениях людей. За пределами Мексики почти все случаи заболевания и все случаи смерти выявлены у людей, страдавших какими-либо хроническими болезнями. В двух самых крупных и наилучшим образом документально зарегистрированных вспышках болезни - в Мексике и Соединенных Штатах Америки - [более] поражена более молодая возрастная группа населения по сравнению с сезонными эпидемиями гриппа. Несмотря на то, что случаи заболевания подтверждены во всех возрастных группах, от детей грудного возраста до пожилых людей, молодой возраст пациентов с тяжелыми и смертельными инфекциями является поразительной особенностью этих ранних вспышек болезни".

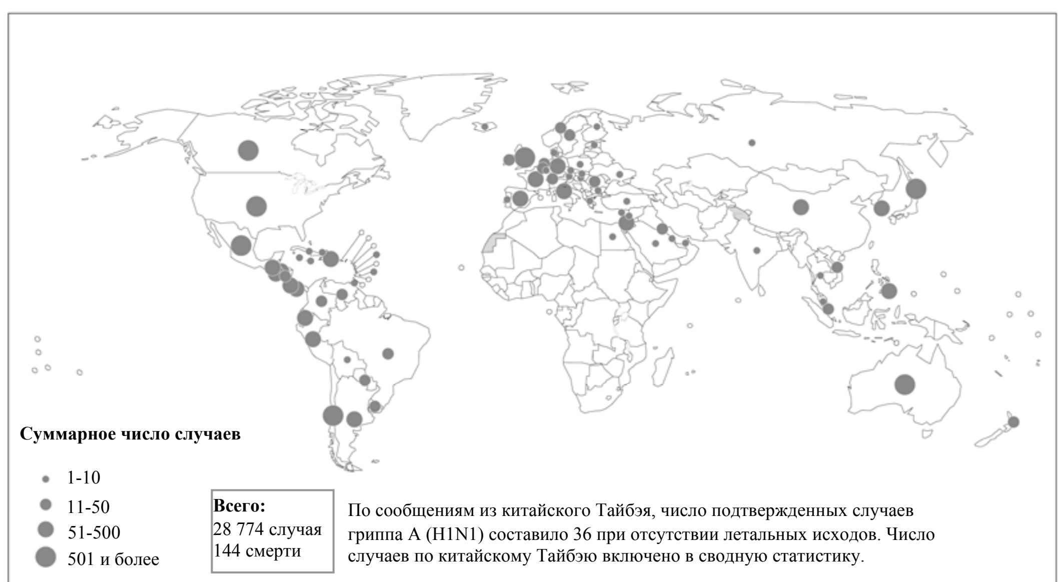
34. Ближе к концу мая 2009 г. характер мероприятий в рамках ВОЗ стал постепенно меняться, переходя от экстренного реагирования на чрезвычайную ситуацию до ответных мер, которые обычно осуществляются в рамках программной деятельности структурных

подразделений Организации. Генеральный директор и должностные лица Организации старшего звена поддерживали тесный контакт со странами для отслеживания событий на местах и выполнения планов готовности. Особое внимание уделялось тому, чтобы создать условия для государств-членов с более шаткими системами организации медобслуживания, чтобы они справились с возникающими задачами на случай объявления Фазы 6.

35. В начале июня глобальная картина ассоциировалась как с продолжающейся циркуляцией инфекции в северном полушарии, так и с сообщениями об активности инфекции в южном полушарии, особенно в Южной Африке и Австралии. По состоянию на 9 июня в ВОЗ поступила информация от 73 стран о регистрации 26 563 лабораторно подтвержденных случаев. На фоне предположения о том, что объявление пандемии было неизбежным, д-р Fukuda сделал следующее сообщение для средств массовой информации: "И в данном случае я хочу подчеркнуть, что переход к Фазе 6 будет свидетельствовать о продолжающемся распространении вируса, а активность инфекционного процесса станет очевидной по меньшей мере в двух регионах мира. Это вовсе не значит, что возросла степень тяжести самой ситуации и что у все большего числа людей развивается тяжелая форма болезни, или что это происходит с большей частотой, чем на данном этапе". В продолжение своей речи он сказал: "Вы склонны считать, что с нарастанием масштаба мероприятий будет одновременно повышаться уровень озабоченности, но в действительности расширение масштабов противодействия означает, что мы наблюдаем циркуляцию вируса в более широких масштабах. Мы работаем с разными группами людей, стремясь к тому, чтобы эти сообщения воспринимались правильно, равно как и разница между тяжестью и географическим распространением вирусной инфекции. Как я уже говорил на прошлой неделе, как раз в это время мы расценили ситуацию и ее воздействие на страны как имеющую относительно среднюю степень тяжести, и, опять же, это принципиально важно" *(18)*.

36. Еще одно заседание Комитета по чрезвычайной ситуации проходило 11 июня в формате телеконференции, и решение о его проведении было принято неделю назад, чтобы проанализировать результаты панрегионального диалога ВОЗ по проблеме тяжести болезни. В свете более свежих фактических данных, поступающих от стран с наиболее ощутимым бременем болезни (Рис. 2.4), а также от тех, которые впервые столкнулись с проблемой гриппа (H1N1) - 2009, Комитет по чрезвычайной ситуации единодушно пришел к выводу о том, что настало время для поднятия уровня предупреждения до Фазы 6, то есть до статуса пандемии, как об этом сказано в руководстве ВОЗ.

Рис. 2.4 Новый вариант гриппа А (H1N1). Число лабораторно подтвержденных случаев заболевания по поступившим в ВОЗ данным. По состоянию на 11 июня 2009 г., среднее время по Гринвичу - 14:00



Указанные на этой карте границы и названия и используемые обозначения ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительно границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Источник данных: Всемирная организация
Выпуск географических карт: Информация об общественном здоровье и Географические информационные системы (ГИС)
Всемирная организация здравоохранения

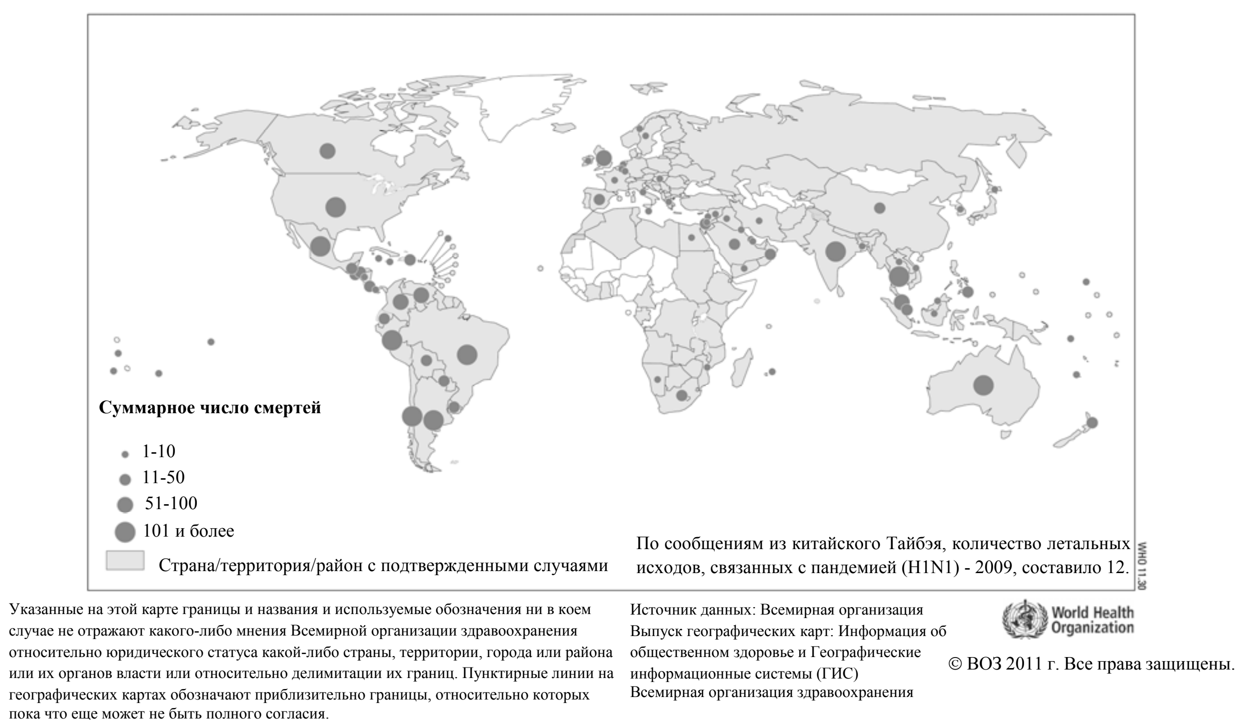
World Health Organization

37. Общаясь в представителями СМИ вечером 11 июня, Генеральный директор заявила: "Мир в начале пандемии гриппа 2009 года. Идут первые дни пандемии. Вирус распространяется под пристальным и внимательным наблюдением. Ни одна предшествующая пандемия не была выявлена на таком раннем этапе и не отслеживалась так пристально, в режиме реального времени, с самого ее начала. Сейчас мир может пожинать плоды, которые принесли инвестиции и в обеспечении готовности к пандемии, сделанные на протяжении последних пяти лет. Мы положили хорошее начало. Благодаря этому мы занимаем прочную позицию. Однако ограниченность данных и значительная научная неопределенность требуют также представления рекомендаций и подтверждений" *(19)*. В продолжение своей речи она отмечает: "В глобальных масштабах у нас есть веские основания полагать, что эта пандемия, по крайней мере в своей начальной стадии, будет умеренной тяжести. Как мы знаем по опыту, степень тяжести в разных странах может варьироваться в зависимости от многих факторов. Согласно имеющимся фактическим данным, подавляющее большинство пациентов испытывают легкие симптомы и быстро и полностью выздоравливают, зачастую без какого-либо медицинского лечения". Она также добавила, что все страны, как пострадавшие, так и не пострадавшие от пандемии, как и прежде, должны сохранять бдительность.

38. В последующие три месяца пандемия (H1N1) - 2009 продолжала разрастаться в глобальном масштабе. К началу сентября по поступающим из США данным уровень активности гриппоподобного заболевания был выше того, который обычно бывает на фоне

сезонного гриппа. В Европе и Центральной Азии активность гриппозной инфекции в целом сохранялась на низком уровне наряду с возникновением локальных вспышек в нескольких странах. В Японии активность гриппозной инфекции превышала эпидемический порог, типичный для сезонного гриппа. В регионах Северной и Южной Америки и в Азии с тропическим климатом процесс передачи возбудителей гриппа по-прежнему был активным; это особенно ощущалось в странах Южной и Юго-Восточной Азии, судя по сообщениям о повышении частоты респираторных инфекций в Бангладеш и Индии. В регионах южного полушария с умеренным климатом уровень активности гриппозной инфекции снижался до предполагаемых сезонных уровней (Рис. 2.5). Результаты продолжающегося лабораторного надзора говорили о том, что вирус пандемического гриппа типа A (H1N1) - 2009 превратился в доминирующий циркулирующий вирус во всем мире *(20)*.

Рисунок 2.5 Пандемия гриппа (H1N1) - 2009. Страны, территории и районы с лабораторно подтвержденными случаями и числом смертей по поступившим в ВОЗ данным. По состоянию на 20 сентября 2009 года.



39. Комитет по чрезвычайной ситуации провел свое пятое совещание посредством обмена электронными сообщениями, завершив его 23 сентября. С учетом результатов оценки сложившейся ситуации члены Комитета по чрезвычайной ситуации сочли необходимым оставить в силе следующие временные рекомендации:

- странам не следует закрывать государственные границы или ограничивать международные поездки и торговлю;

- активизировать эпиднадзор за необычно протекающим гриппоподобным заболеванием и тяжелой формой пневмонии;

- в случае заболевания благоразумно отложить поездку в другую страну; в случае заболевания после возвращения из поездки следует обратиться к врачу.

40. Несмотря на последовательность рекомендации о том, что на протяжении всей ЧСЗМЗ не следует ограничивать поездки и торговлю, люди не всегда следовали этому совету. Мексика страдала от серьезных экономических санкций, особенно на начальном этапе развития чрезвычайной ситуации. Целый ряд стран ввел запрет на импорт свинины из Мексики, США и Канады, несмотря на заверения международных организаций, что свинина не является источником распространения инфекции пандемического гриппа (H1N1) - 2009. Были предприняты меры к тому, чтобы дать вирусу новое название, поскольку ощущалось, что использование таких терминов, как "свиной грипп", приводит к недоразумениям (Рамка 2.1).

Рамка 2.1 Поиск названия для вируса

Сначала в материалах СМИ и высказываниях некоторых технических экспертов вирусу было дано название "свиной грипп", так как было установлено, что в его составе скорее содержатся гены вирусов гриппа свиней, а не вирусов гриппа человеческого происхождения. Совсем скоро это название было поставлено под сомнение, особенно специалистами по ветеринарии, поскольку не наблюдалось масштабной циркуляции вируса среди животных, включая свиней, тогда как такая циркуляция имела место среди людей.

Более того, само название вируса, очевидно, оказало свое влияние на возникновение ненужных и неблагоприятных последствий для торговых отношений и ветеринарной практики. Некоторые страны вводили запреты на импорт живых свиней, а также свинины и продуктов с ее содержанием из стран, где регистрировались случаи заболевания у людей. Одна страна выпустила распоряжение о выбраковке всего поголовья свиней в стране. Однако каких-либо данных о повышенном риске инфицирования при контакте со свиньями или продуктами из свинины получено не было.

На брифинге для представителей СМИ 9 июня 2009 г. специалисты ВОЗ неоднократно заявляли, что свинина безопасна и не представляет угрозы здоровью человека. Более того, ВОЗ подчеркивала, что поводом для стигматизации вокруг названия вируса могла послужить его связь с конкретной местностью, как это уже случалось с предшествующими вирусами, и что ВОЗ взаимодействует со своими партнерами, чтобы решить эту проблему с названием.

По инициативе ВОЗ 15 июня 2009 г. была организована телеконференция с участием представителей Продовольственной и сельскохозяйственной организации Объединенных Наций (ФАО) и Всемирной ветеринарной организации (ВВО), включая немало видных вирусологов-специалистов по гриппу из области ветеринарии и общественного здравоохранения, для поиска научно приемлемого и не стигматизирующего названия вируса и вызываемого им заболевания. Участники пришли к соглашению пользоваться следующим названием: "вирус пандемического гриппа A (H1N1) - 2009".

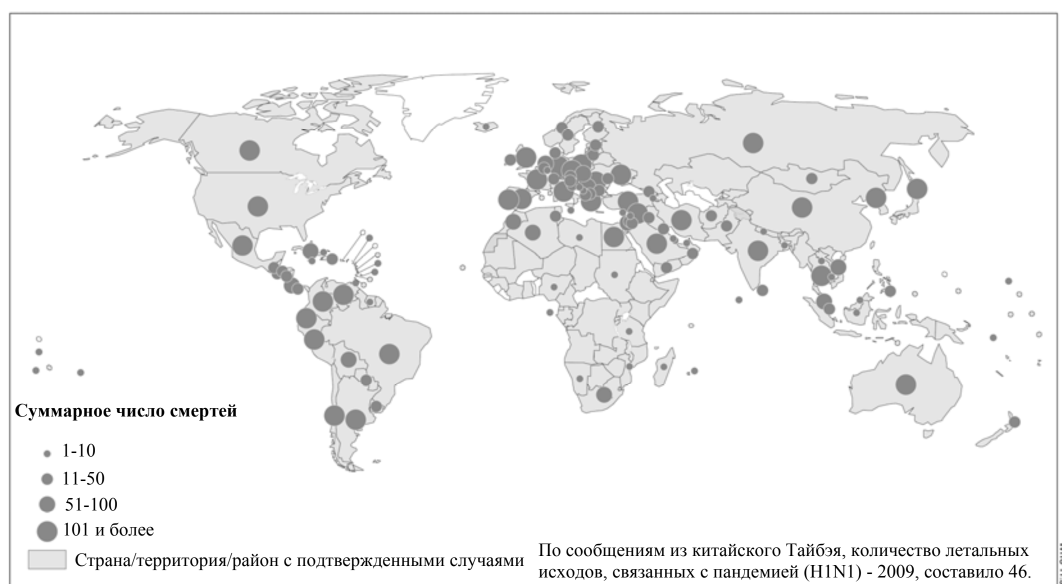
41. Комитет по чрезвычайной ситуациям снова провел заседание 26 ноября, с тем чтобы решить, стоит ли продлевать срок действия временных рекомендаций. Члены Комитета единодушно выступили за продление периода действия рекомендаций, пересмотрев формулировку третьей рекомендации, которая гласила: "В случае заболевания благоразумно отложить поездку на более поздний срок". На очередной встрече Комитета по чрезвычайной ситуации, состоявшейся 23 февраля 2010 г., было решено внести поправки в текст второй временной рекомендации, предложив странам "поддерживать на должном уровне", а не "активизировать" эпиднадзор за необычным течением гриппоподобного заболевания и тяжелой формой пневмонии.

42. Когда состоялась очередная встреча Комитета по чрезвычайной ситуации в начале июня 2010 г., эпидемиологический анализ показал, что период наибольшей интенсивности пандемического процесса (H1N1) - 2009 уже, по-видимому, завершился во многих частях мира. Не существовало каких-либо доказательств раннего начала подъема заболеваемости сезонным гриппом в зимнее время в южном полушарии; вместе с тем, было бы слишком преждевременно успокаиваться, и члены Комитета по чрезвычайной ситуации обратили внимание Генерального директора на то, что стоит ожидать возникновение пандемии гриппа, а странам, как и прежде, необходимо проявлять бдительность, не снижая уровень интенсивности необходимых мер в области общественного здравоохранения для борьбы с болезнями и вирусными инфекциями, а также для эпиднадзора за болезнями.

F. Период после пандемии

43. На тот момент, когда Комитет по чрезвычайной ситуации провел свою итоговую встречу 10 августа 2010 г., во всем мире уже насчитывалось более 214 стран и заморских территорий или сообществ, где были зарегистрированы лабораторно подтвержденные случаи пандемического гриппа (H1N1) (Рис. 2.6).

Рис. 2.6 Пандемия гриппа (H1N1) - 2009. Страны, территории и районы с лабораторно подтвержденными случаями и числом смертей по поступившим в ВОЗ данным. По состоянию на 1 августа 2010 года.



Указанные на этой карте границы и названия и используемые обозначения ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительно границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Источник данных: Всемирная организация
Выпуск географических карт: Информация об общественном здоровье и Географические информационные системы (ГИС)
Всемирная организация здравоохранения



44. Отмечая, что лишь в немногих странах по-прежнему ощущались последствия интенсивной эпидемии гриппа, главным образом вызванной пандемическим штаммом вируса (H1N1) - 2009, Комитет по чрезвычайной ситуации руководствовался спецификой глобальной обстановки при проведении своей оценки. Собранные фактические данные указывали на то, что гриппозная инфекция во всем мире находилась на этапе перехода к механизму передачи по типу сезонного заболевания; грипп (H1N1) - 2009, судя по всему, в основном "исчерпал свой ресурс" и, по-видимому, будет и впредь циркулировать еще какие-то годы, но уже в форме вируса сезонного гриппа.

45. Поэтому Комитет по чрезвычайной ситуации пришел к выводу, что глобальная ситуация с гриппом уже не представляет собой исключительное событие, требующее безотлагательных экстренных мер в международном масштабе. Комитет рекомендовал Генеральному директору пересмотреть свою позицию в том смысле, что мир уже не находился в Фазе 6 развития пандемии, что ЧСЗМЗ должна быть объявлена завершенной и что принятые в ответ на ЧСЗМЗ временные рекомендации уже не должны оставаться в силе.

46. На конференции с представителями СМИ после закрытия заседания Комитета по чрезвычайной ситуации д-р Чен отметила следующее: "Пандемии непредсказуемы и склонны преподносить сюрпризы. Двух схожих пандемий еще не было. Развитие этой пандемии происходило гораздо более благоприятно по сравнению с тем, чего мы

опасались немногим более года назад. На этот раз нам просто повезло; во время пандемии не произошло мутации вируса в более летальную форму, не развилась широко распространенная устойчивость к осельтамивиру. Вакцина надлежащим образом соответствовала циркулирующим вирусам и продемонстрировала отличные характеристики с точки зрения безопасности благодаря принятию широких мер по обеспечению готовности и поддержки со стороны международного сообщества" *(21)*.

47. После завершения Фазы 6 инфекция гриппа (H1N1) - 2009 продолжала циркулировать в глобальном масштабе, и на данный момент проявляются признаки передачи, более типичные для сезонного гриппа.

Ссылки

1. Girard MP et al. The 2009 A (H1N1) influenza virus pandemic: a review. *Vaccine*, 2010, 28:4895–4902.doi:10.1016/j.vaccine.2010.05.031 PMID:20553769

2. World Health Organization. Disease Outbreak News: Pandemic (H1N1) 2009 – update 112. 6 Aug 2010. http://www.who.int/csr/don/2010_08_06/en/index.html

3. Bautista E et al. Writing committee of the WHO consultation on clinical aspects of pandemic (H1N1) 2009 influenza. Clinical aspects of pandemic 2009 influenza A (H1N1) virus infection. The New England Journal of Medicine, 2010, 362:1708–1719.doi:10.1056/NEJMra1000449 PMID:20445182

4. Bush R. Influenza forensics. In: Budolwe B et al, eds. Microbial forensics, 2nd ed. London, Academic Press, 2011:109–35.

5. Huttunen R, Syrjänen J. Obesity and the outcome of infection. The Lancet Infectious Diseases, 2010, 10:442–443.doi:10.1016/S1473-3099(10)70103-1 PMID:20610324

6. Outbreak of swine-origin influenza A (H1N1) virus infection – Mexico, March–April 2009. 58(17):467-70. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2009, 58(17):467-470.

7. Swine influenza A (H1N1) infection in two children – Southern California, March–April 2009. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2009, 58:400–402. PMID: 19390508

8. Всемирная организация здравоохранения. Новости о вспышках заболеваний: схожая с гриппом болезнь в Соединенных Штатах Америки и Мексике – пересмотр 1. 24 апреля 2009 г. http://www.who.int/csr/don/2009_04_24/ru/index.html

9. Всемирная организация здравоохранения. Заявление Генерального директора д-ра Маргарет Чен. Свиной грипп. 25 апреля 2009 г. http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090425/ru/index.html

10. Всемирная организация здравоохранения. Заявление Генерального директора д-ра Маргарет Чен. Свиной грипп. 27 апреля 2009 г. http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090427/ru/index.html

11. World Health Organization. WHO interim protocol: rapid operations to contain the initial emergency of pandemic influenza. October 2007. http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/RapidContProtOct15.pdf

12. World Health Organization. Transcript of virtual press conference with Dr Keiji Fukuda, Assistant Director-General ad interim for Health Security and Environment. 27 April 2009. http://www.who.int/mediacentre/swineflu_presstranscript_2009_04_27.pdf

13. Всемирная организация здравоохранения. Новости о вспышках заболеваний: свиной грипп A(H1N1) - обновленная информация 5. 29 апреля 2009 г. http://www.who.int/csr/don/2009_04_29/ru/index.html

14. Всемирная организация здравоохранения. Заявление Генерального директора д-ра Маргарет Чен. Свиной грипп A(H1N1). 29 апреля 2009 г. http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090429/ru/index.html

15. World Health Organization. Statement by Director-General, Dr Margaret Chan. Concern over flu pandemic justified. 18 May 2009. http://www.who.int/dg/speeches/2009/62nd_assembly_address_20090518/en/

16. World Health Organization. Statement by Director-General, Dr Margaret Chan. H1N1 influenza situation. 4 May 2009. http://www.who.int/dg/speeches/2009/influenza_a_h1n1_situation_20090504/en/

17. Всемирная организация здравоохранения. Оценка степени тяжести пандемии гриппа. 11 мая 2009 г. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/assess/disease_swineflu_assess_20090511/ru/

18. World Health Organization. Transcript of virtual press conference with Dick Thompson, Communications office, and Dr Keiji Fukuda, Assistant Director-General ad interim for Health Security and Environment. 9 June 2009. http://www.who.int/mediacentre/influenzaAH1N1_presstranscript_20090609.pdf

19. Всемирная организация здравоохранения. Заявление Генерального директора д-ра Маргарет Чен. Мир в начале пандемии гриппа 2009 года. 11 июня 2009 г. http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/ru/

20. World Health Organization. Disease Outbreak News: Pandemic (H1N1) 2009 – update 66. 18 September 2009. http://www.who.int/csr/don/2009_09_18/en/index.html

21. Всемирная организация здравоохранения. Заявление Генерального директора д-ра Маргарет Чен. В цикле развития H1N1 начался послепандемический период. 10 августа 2010 г. http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/h1n1_vpc_20100810/ru/

ГЛАВА III. РУКОВОДСТВО ГЛОБАЛЬНЫМИ ОТВЕТНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ

Резюме

В настоящей главе описывается и оценивается функционирование Международных медико-санитарных правил (2005 г.) и роль Всемирной организации здравоохранения в руководстве глобальными действиями в ответ на пандемический грипп А (H1N1) - 2009. Обсуждаются восемь функций ММСП и дается оценка Комитета по обзору их эффективности с момента вступления в силу Правил.

Дается описание роли ВОЗ и стран в обеспечении готовности в допандемический период, за которым следует описание и анализ основных мероприятий в ответ на пандемию 2009 года. Эти мероприятия включают эпиднадзор, начиная с первоначальной вспышки и до послепандемического периода; постоянную оценку тяжести пандемии; практические действия (как нефармацевтические, так и фармацевтические) и техническое руководство. Эта глава завершается обсуждением действий ВОЗ по передаче информации во время пандемии - от внутренних операций до информирования общественности.

A. Международные медико-санитарные правила: осуществление и оценка

1. История и разработка ММСП подробно описаны в Главе I. Функции ММСП описаны в Дополнении III настоящего доклада.

2. В 2010 г. Исполнительный комитет ВОЗ принял предложение Генерального директора о проведении обзора функционирования ММСП согласно Статье 54 ММСП. Эта Статья обязывает проводить периодические обзоры ММСП, в том числе обзор исследований, предпринятых для оценки функционирования Приложения 2 ММСП, которое представляет собой Схему принятия решений для уведомления ВОЗ.

3. В компетенцию Комитета по обзору входила оценка того, как ММСП функционировали во время пандемии и других событий в области общественного здравоохранения, подпадающих под широкий охват сферы применения ММСП после их вступления в силу в 2007 году.

4. С 2007 г. в ВОЗ поступили сообщения о сотнях событий, но пандемия стала первой признанной чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение (ЧСЗМЗ), как она определена в Статье 12. Эта пандемия была первым событием, потребовавшим от ВОЗ создания Комитета по чрезвычайной ситуации (КЧС) и выпуска временных рекомендаций.

Источники фактических данных

5. При оценке функционирования ММСП особенно полезными были следующие источники фактических данных: собеседования с представителями Национальных координаторов (НК) по ММСП и национальными органами здравоохранения, а также их

письменные свидетельства; собеседования с государствами-участниками[1] на совещаниях Комитета по обзору; собеседования с сотрудниками штаб-квартиры и региональных бюро ВОЗ; справочные документы, подготовленные для Комитета, в том числе исследования событий в области общественного здравоохранения, преодоление которых происходило под руководством ВОЗ; другие документы ВОЗ, включая руководящие и учебные материалы; проведенные по поручению ВОЗ исследования для оценки функционирования Приложения 2 ММСП и отчеты государств-участников об их осуществлении ММСП (Схема мониторинга ММСП). Комитет осуществлял сбор данных, исходя из опроса государств-участников, ответов государств-участников на схему мониторинга ММСП; примеров страновых оценок и тематических исследований применения ММСП. Другие источники фактических данных, непосредственно относящиеся к конкретным функциям, перечислены в описании этих функций.

Знания, подготовка и ресурсы для поддержки осуществления

6. После вступления ММСП в силу 15 июня 2007 г. ВОЗ разработала целый ряд инициатив по подготовке и руководству ММСП, включая руководящие документы; региональные совещания, семинары и учебные сессии; онлайновую подготовку; экстенсивный учебный курс и *Ежеквартальный бюллетень по ММСП.*

7. Контактные пункты ВОЗ в региональных бюро оказывают поддержку НК и созывают совещания для обмена информацией о прогрессе, извлечения уроков и определения потребностей. Региональные бюро также осуществляют региональные стратегии по созданию национальных возможностей, включая оказание технической помощи и поддержки для мобилизации ресурсов. ВОЗ, со своей стороны, предоставляет государствам-участникам информацию о прогрессе на уровне отдельных стран, а также на региональном и глобальном уровне (включая ежегодный доклад на Всемирной ассамблее здравоохранения).

8. Главными механизмами получения информации и обмена информацией являются две электронные платформы - Система управления событиями (СУС) и Информационный сайт о событиях (ИСС). СУС - это безопасный, защищенный паролем информационный портал, используемый НК и ВОЗ. ИСС - это проект группы по предупреждению и ответным операциям в составе Департамента глобального предупреждения и ответных мер. Он представляет собой внутреннее хранилище, используемое для поддержки принятия решений и управления риском. На нем представлены данные, дающие исторический обзор событий, имеющих потенциальное международное значение, по регионам, странам, угрозам, болезням или виду событий.

9. Оценка Комитетом функционирования ММСП организована по функциям ММСП.

---

[1] Государствами-участниками являются страны, которые связаны обязательствами по ММСП в соответствии с положениями Устава ВОЗ и ММСП. В настоящее время число государств-членов составляет 194, включая 193 государства-члена ВОЗ.

Функция 1: Возможности государств-участников в области эпиднадзора и ответных мер

10. Комитет желал выяснить: стимулировали ли ММСП создание национальных возможностей и сотрудничество между государствами-участниками, особенно в соседних странах; и в какой степени государства-участники назначили НК, интегрировали ММСП в свое национальное законодательство и составили национальные планы по созданию возможностей для удовлетворения конечному сроку, установленному на 2012 год.

11. ВОЗ предоставила государствам-участникам механизм для мониторинга создания ими возможностей на национальном, промежуточном и коммунальном уровнях принятия ответных мер с помощью 20 глобальных показателей. Странам предлагается ежегодно сообщать данные по всем этим показателям.

Результаты

- Более половины ответивших государств-участников оценили свои возможности и приблизительно одна треть составили национальные планы. Хотя ММСП и стимулировали создание возможностей для эпиднадзора и ответных мер, в степени выполнения этого требования наблюдаются значительные колебания. Государства-участники осознают эти обязанности и сообщают о своем желании выполнить это требование, но некоторые из них отмечают ограниченное наличие ресурсов.

- По состоянию на октябрь 2010 г. все государства-участники, за исключением одного, назначили НК и представили в ВОЗ подробную информацию для контактов с ними. Пять государств-участников указали, что их НК пока еще не могут обеспечить круглосуточную связь. Три НК не предоставили информацию о своих адресах электронной почты. Около 90% НК имеют доступ к ИСС. Практически все НК размещены в секторе здравоохранения (79% - в министерстве здравоохранения и 19% - в национальном учреждении). В большинстве ответивших стран лицо, отвечающее за функции НК, занимает высокую политическую, руководящую или техническую должность. Информация о контактах с НК имеется на ИСС, и ВОЗ создала систему для регулярной проверки и обновления информации. Этот сайт дает НК возможность непосредственно контактировать со своими коллегами в других странах. Имеются некоторые свидетельства более широкого использования этого механизма.

12. Осуществление ММСП имеет последствия для правительственных функций и обязанностей во многих министерствах и секторах. Несмотря на то, что интеграция ММСП в национальное законодательство не является требованием ММСП, необходимы адекватные юридические рамки для содействия и поддержки деятельности. ВОЗ рекомендовала государствам-участникам определить необходимость пересмотра существующего законодательства. Кроме того, Организация отстаивает идею о том, что принятие национального законодательства может институционализировать и усилить возможности и операции ММСП, способствовать координации и помочь обеспечить

преемственность. Существует несколько способов включения ММСП в национальные правовые системы. Одним из них является заявление о том, что соблюдение ММСП представляет собой юридическое требование, и приложение к нему текста ММСП или включение их путем ссылки.

- Около половины государств-участников изменили законодательство для включения своих обязательств по ММСП .
- Существует ряд примеров того, как межстрановые группировки сотрудничают в ходе осуществления ММСП. Они включают: Систему раннего оповещения и ответных мер Европейского союза; Сеть эпиднадзора за общественным здравоохранением стран Тихого океана; сети EpiNorth и EpiSouth в Европе; Группу действий по глобальной безопасности здоровья; Сеть по охране здоровья в Юго-восточной части Европы; Ближневосточный консорциум эпиднадзора за инфекционными болезнями и Mercado Común del Sur. Имеются также примеры того, как государства-участники обмениваются информацией, результатами мониторинга, поддержкой и поставками с помощью непосредственных контактов между НК.
- Государства-участники осознают свои обязанности по созданию возможностей и желают обеспечить их выполнение. ММСП помогли создать национальные и региональные возможности в области эпиднадзора и ответных мер.

13. Функционирование НК и возможности в области эпиднадзора и ответных мер являются основой для национальных и глобальных систем, предусмотренных ММСП для принятия мер предосторожности в отношении событий в области общественного здравоохранения. Без них ММСП не могут выполнять свою роль.

14. Глобальная сеть НК отражает быстрый успех ММСП. Вместе с контактными пунктами ВОЗ по ММСП на уровне региональных бюро НК представляют собой великолепную систему глобальных коммуникаций. Во время пандемии сеть НК впервые функционировала в глобальных масштабах и, хотя она и не была совершенной, оказалась функциональным, надежным средством коммуникаций с государствами-членами. В результате наличия НК практически в каждой стране ВОЗ создала четкие и эффективные каналы для быстрого достижения соответствующего уровня правительства. Тем не менее, почти половина государств-участников не предприняли оценки своих возможностей в области эпиднадзора и ответных мер и не составили планы по внесению улучшений. Многие даже не сообщили о состоянии дел в этой области. Из отчетов становится очевидным, что многие страны не выполнят требование о создании основных возможностей к 2012 году.

15. Государства-члены превосходно отреагировали на тяжелые события в области общественного здравоохранения в других странах и оказали пострадавшим странам техническую, логистическую и финансовую помощь. Гораздо труднее, однако, собрать средства для устойчивого, долгосрочного создания возможностей. Донорские страны и организации могли бы использовать Приложение 1А ММСП в качестве приоритетного

перечня для оказания поддержки такой деятельности, а также обмениваться специализированными ресурсами, такими как лаборатории, между странами.

16. Приложение 1А не содержит подробной информации о требуемых возможностях и, хотя Механизм для мониторинга ММСП и обеспечивает хорошее руководство, он не является полным средством достижения успеха. В 2010 г. ВОЗ выпустила протокол для оценки национальных возможностей в области эпиднадзора и ответных мер для ММСП *(1)*.

Функция 2: Операции по выявлению и предупреждению в государствах-участниках

17. Комитет стремился изучить: в какой степени Приложение 2 ММСП понимается и используется национальными координаторами; ведет ли эта схема принятия решений к выявлению соответствующих событий и уведомлению о них; и сталкиваются ли НК с какими-либо препятствиями для уведомления ВОЗ. В 2009 г. впервые была предпринята официальная оценка функционирования Приложения 2 ММСП. *(2)*.

Результаты

18. Приложение 2 ММСП хорошо известно НК (Рамка 3.1). Информированность можно еще более повысить с помощью проведения ВОЗ подготовки для всех НК. Половина обследованных НК сказали, что их страны разработали законодательство, а также оперативные и коммуникационные процедуры в поддержку использования этого средства. Приложение 2 ММСП считается полезным, но может быть уточнено для оказания помощи в интерпретации событий, связанных с неинфекционными заболеваниями.

Рамка 3.1: Исследования по обзору и оценке функционирования Приложения 2 Международных медико-санитарных правил (2005 г.) (Университет Оттавы)

Задача: Уточнить уровень информированности и знания содержания Приложения 2 среди НК; использование этого инструмента на практике; мероприятия по его проведению в жизнь; ожидаемую полезность и удобства для пользователя Приложения 2.

Методы: Качественные и количественные исследования проводились в период с октября 2009 г. по февраль 2010 г. путем анкетирования НК по телефону и выборочного обследования в онлайновом режиме. Участие НК было добровольным на языке по их выбору при проведении качественного исследования и на одном из шести официальных языков ВОЗ при обследовании в онлайновом режиме.

Результаты: 29 НК (представляющие 15% от всех государств-участников) принимали участие в анкетировании по телефону, тогда как 133 НК (представляющие 69% от всех государств-участников) заполнили опросники для количественного обследования в онлайновом режиме.

Информированность и знания: Среди всех НК 88% показали отличные или хорошие знания положений Приложения 2, а у 82% из них была возможность пройти обучение на курсах ВОЗ по этому вопросу. Доступность учебных курсов ВОЗ в значительной мере ассоциировалась с отличными или хорошими знаниями. Для повышения уровня знаний

исключительно важным было наличие вариантов развития событий. Отдельные НК, не проходившие курсы обучения ВОЗ, проявляли неуверенность, когда речь шла о владении операционными и коммуникационными процедурами. Уровень знания Приложения 2 у государственных служащих был самым высоким на национальном или федеральном уровне, а также у работников учреждений здравоохранения и сельского хозяйства.

Практическое использование и мероприятия для осуществления: 77% НК сообщили, что всегда или обычно пользуются Приложением 2 для оценки событий в области общественного здравоохранения. 67% из них выступали в роли ведущих на курсах обучения по материалам Приложения 2 в своей стране. 76% опрошенных отметили, что в их стране предусмотрены некоторые юридические, нормативные или административные положения для использования Приложения 2 на практике. В случае 54% имелась стандартная операционная процедура по реализации положений Приложения 2, а в случае 74% участников опроса отмечалось наличие отечественного плана использования средств коммуникации в поддержку пересылки уведомлений в ВОЗ.

Полезность: 95% НК склонны считать, что Приложение 2 всегда или обычно оказывается полезным при принятии решений в случае обязательной регистрации события в области общественного здравоохранения. Вместе с тем, 59% НК указали, что Приложение 2 никогда не было достаточно чувствительным. Была высказана озабоченность по поводу того, что Приложение 2 излишне ориентировано на человеческий фактор и этиологические факторы и недостаточно затрагивает такие события, как инфекционные заболевания среди животных, утечки химических веществ и загрязнение воды или пищи.

Удобства для пользователя: 89% НК отметили, что пересылка уведомления в 24-часовой срок является резонной, однако 40% НК сообщили, что для этого им необходимо получить разрешение от двух до трех человек или инстанций, что приводит к задержкам при регистрации случаев; 67% НК пользовались англоязычной версией Приложения 2; большинство НК отметили, что критерии Приложения 2 являются четкими, но их можно доработать на основании усовершенствования методики принятия решений и контрольного перечня во избежание трудностей при интерпретации; более 90% НК поддержали идею разработки онлайновой платформы для расширения выбора вариантов проведения оценки и оформления уведомлений, поддержание связей с НК из соседних стран и обмена документами.

19. В ходе исследования, предпринятого Женевским университетом и Университетскими больницами Женевы (Рамка 3.2), было признано, что процесс оценки уведомлений с помощью Приложения 2 ММСП был исключительно чувствительным, но лишь умеренно специфичным, что соответствовало предполагаемой цели схемы принятия решений *(3)*. Надежность и аргументированность оценок уведомлений можно повысить, расширив руководство и предоставив более специфичные критерии для оценки распространенных событий и более четкие определения ключевых терминов. На основе рекомендаций технической консультации, проведенной в октябре 2008 г., ВОЗ расширила свое

руководство по использованию Приложения 2 ММСП *(4)*. Новое руководство содержит 16 иллюстративных сценариев, которые оцениваются с помощью четырех критериев.

Рамка 3.2: Выборочное обследование по использованию Приложения 2 ММСП

Задача: Проанализировать достоверность и обоснованность процесса оценки уведомлений в рамках ММСП.

Методы: 193 из 194 государств-участников было предложено провести оценку уведомлений по 10 вымышленным сценариям развития событий в области общественного здравоохранения с использованием схемы принятия решений, представленной в Приложении 2. Обобщение ответов проводилось посредством многоязычного выборочного обследования в онлайновом режиме с ноября по декабрь 2009 года. Семерым экспертам, представлявшим все регионы ВОЗ, было предложено заполнить опросники по данному обследованию, и их ответы служили "золотым стандартом". Под консенсусом подразумевалось согласие между НК, а под согласованностью – согласие между НК и группой экспертов. Высокий уровент консенсуса или согласованности был произвольно принят за > 70% при совпадении мнений респондентов при ответе на конкретный вопрос.

Результаты: Уровень отклика и демографические характеристики: Выборочное обследование было завершено в 142 государствах-участниках (при 74%-ном уровне отклика). Состав половины респондентов был представлен врачами-специалистами, а одна треть относили себя к эпидемиологам. Двадцать шесть (18%) участников заявили, что не применяли на практике Приложение 2 за последние 12 месяцев, 72 (51%) указали, что они пользовались им редко, 20 (14%) – один раз в месяц и 23 (16%) – по меньшей мере раз в неделю.

Консенсус среди НК: Медианный консенсус в отношении решений, касающихся уведомления, составил 78% (при интерквартильном диапазоне 55%-82%). В большем числе случаев отмечалось общее согласие по поводу событий, обязательных для уведомления (при медиане 80% [76%-91%]), чем в отношении событий, не требующих уведомления (при медиане 55% [54%-60%]). При оценке критериев по схеме принятия индивидуальных решений консенсус оказался высоким (> 70%) в 24 из 36 случаев (67%).

Согласованность между НК и группой экспертов: Уровень согласованности между НК и группой экспертов был высоким применительно к пяти сценариям, которые, по мнению экспертов, подлежали обязательному уведомлению (при медиане 82% [76%-91%]), но существенно ниже (при медиане 51% [42%-60%]) в отношении четырех сценариев, которые, по мнению группы экспертов, не подлежали обязательному уведомлению. Уровень специфичности применительно к НК был значительно ниже, чем уровень их чувствительности. При оценке критериев по схеме принятия индивидуальных решений согласованность была > 70% в 18 из 36 случаев (50%). Примечательно, что согласованность была ограниченной (<55%) при проведении оценок третьего критерия в пяти случаях (значительный риск международного разброса данных).

Ограничения: Эти результаты говорят нам лишь о том, какого мнения придерживаются респонденты по поводу пересылки уведомлений о событии согласно требованиям ММСП, а не о том, как будет проходить процесс уведомления на самом деле. Сжатое описание событий из реальной жизни в виде коротких вымышленных сценариев неизбежно предполагает высокую степень упрощенного описания ситуаций. И наконец, предложенный в этом исследовании "золотой стандарт" не пригоден для того, чтобы давать такие ответы, которые окажутся неизменно правильными или применимыми к любой ситуации.

Источник: Haustein T, et al. Should this event be notified to the World Health Organization ? Reliability of the International Health Regulations notification assessment process. *Bulletin of the World Health Organization*. 2011; 89: pp. 296-303.

20. Внутреннее исследование ВОЗ (Рамка 3.3) ее базы данных о событиях показало, что НК не являются основным источником первой информации, которую получает ВОЗ о событиях в области общественного здравоохранения.

Рамка 3.3 Исследование баз данных ВОЗ в целях обзора и оценки функционирования Приложения 2 Международных медико-санитарных правил

Задача: Провести оценку накопленного ВОЗ опыта эпиднадзора за событиями начиная с 15 июня 2007 г., включая взаимосвязь между событиями, о которых было направлено уведомление, и другими событиями, зарегистрированными ВОЗ.

Методы: Обзор связанных с событиями баз данных, проведенный силами штаб-квартиры ВОЗ и региональных бюро, с точки зрения коммуникаций, оценки и конечных результатов в отношении событий в области общественного здравоохранения, которые были доведены до сведения ВОЗ или отобраны для последующего наблюдения со стороны Организации в период между 15 июня 2007 г. и 1 января 2009 года.

Полученные результаты: Из 684 событий, зарегистрированных ВОЗ за анализируемый период, информация о 107 (16%) событиях первоначально поступила от НК. Эта доля со временем увеличивалась. Из названного количества событий 23 (22%) сообщений содержали фактические данные о том, что Приложением 2 пользовалось государство-участник, направившие уведомление. Из 107 извещений шесть (6%) поступили в ВОЗ и были доведены до сведения всех государств-участников посредством Системы информации о событиях, и в рамках действий в ответ на событие помощь от ВОЗ получили 28 (26%) государств-участников. Из 201 события, требующего перепроверки от государств-участников, информация об 11 (6%) получила широкое распространение через Систему информации о событиях, причем помощь от ВОЗ в рамках действий в ответ на событие получили 52 государства-участника (26%).

21. На практике НК функционируют самыми разнообразными способами. ВОЗ получает информацию о многих событиях из неофициальных источников и затем предлагает НК проверить эту информацию и представить дальнейшую информацию, что они обычно и делают своевременным образом.

22. Резюмируя, можно сказать, что НК пока еще не являются своевременным источником первоначальной ранней информации о событиях, которые могут представлять собой потенциальную ЧСЗМЗ, но они являются важными для проверки и представления последующей информации.

23. Комитет по обзору обращает особое внимание на следующие замечания:

- Во многих странах процессы разрешения являются запутанными, и уведомление, как представляется, в некоторых странах имеет высокий порог, что может быть сопряжено с риском политического вмешательства в эпидемиологическую оценку.

- НК необходимо дальнейшее руководство и их функции необходимо укрепить. Поэтому новое руководство по Приложению 2 ММСП может только приветствоваться. Обновление руководства 2007 г. в отношении функций НК, включая примеры хорощей практики, может быть в равной мере полезным, так же как и дальнейшая онлайновая подготовка.

- Необходимо уточнить, что функция НК - это функция государства-участника, а не отдельного лица. НК должны иметь доступ к информации национальных систем эпиднадзора и раннего оповещения.

- *Ежеквартальный бюллетень ММСП* является полезным для НК.

- ИСС может использоваться также в качестве руководства НК и передачи им сообщений.

- Некоторые региональные бюро ВОЗ организуют ежегодные совещания для НК, которые являются великолепным форумом для просвещения, дискуссий и формирования командного духа.

Функция 3. Операции ВОЗ по выявлению и предупреждению

24. Желания Комитета по обзору были следующими:

- понять поток информации о события в области общественного здравоохранения (выявление опасности и оценка риска, известные также как сбор информации об эпидемии), включая степень, в которой ММСП позволили ВОЗ получать лучшую, более своевременную информацию;

- узнать основные источники информации; как информация обрабатывается в ВОЗ; и как ВОЗ обменивается информацией;

- оценить задачи ВОЗ в области обмена информацией о событиях с государствами-участниками через ИСС;

- узнать, привели ли ММСП к большему межучережденческому сотрудничеству в выявлении, проверке и реагировании на события.

25. Комитет изучил фактические данные, полученные из: документов ВОЗ; собеседований с сотрудниками ВОЗ на региональном уровне и уровне штаб-квартиры, а также с представителями международных организаций; тематических исследований об использовании ММСП; и демонстрации ИСС.

26. ВОЗ получает информацию о событиях в результате своего собственного эпиднадзора, уведомлений НК или консультантов, а также из других источников. Если источником не является НК, ВОЗ обязана предложить соответствующему государству-участнику подтвердить такую информацию. Например, ВОЗ может предложить соответствующему государству-участнику подтвердить, что происходит тяжелое событие в области общественного здравоохранения. Если же источником является НК или другой ответственный национальный орган - например. информация, появившаяся на правительственном веб-сайте, - ВОЗ не стремится проверить эту информацию, но незамедлительно совместно с государством-участником оценивает риск. Этот процесс включает сбор и оценку эпидемиологических фактов и других соответствующих данных для определения вероятности распространения или расширения события и отрицательных последствий для здоровья в результате этого события. Существуют четкие процедуры в отношении того, как ВОЗ может обмениваться информацией о событиях с другими государствами-участниками и населением.

Результаты

27. Еще до того, как ММСП вступили в силу, осуществляемые ВОЗ функции по сбору информации об эпидемиях получили значительный импульс в результате создания СУС, расширения возможностей региональных бюро и Глобальной сети оповещения о вспышках болезней и ответных действий (GOARN). Общедоступные источники информации, такие как веб-сайты новостных средств массовой информации, являются для ВОЗ важными источниками первоначальной информации о событии. Процедура. изложенная в Статьях 9 и 10, которая дает возможность ВОЗ принимать во внимание сообщения из иных источников, чем уведомления или консультации, работает достаточно хорошо.

28. После кратковременного уменьшения потока информации, когда ММСП вступили в силу, объем информации из официальных источников постепенно увеличился в связи с учреждением НК и уточнением их роли. Сокращение обмена информацией необязательно сигнализирует о нежелании государств-участников обмениваться информацией, но может свидетельствовать лишь о том, что непроверенная информация появилась в новостях раньше, чем НК смогли направить уведомление ММСП в ВОЗ. Срединное значение интервала времени между запросом ВОЗ на проведение проверки и ответом государства-участника в 2007 и 2008 гг. составляло менее одного дня, тогда как среднее равнялось нескольким дням из-за нескольких событий с длительным временем реагирования. Однако государствам-участникам следует стремиться к тому, чтобы быть самым ранним источником информации о событии, передаваемой через НК.

29. В 2009 г. первоначальная информация о событии поступала в ВОЗ из следующих источников (процент событий): открытые источники (35%); НК (33%); другие источники в

правительстве пострадавшей страны (7%); ВОЗ или другие учреждения ООН (22%); и партнерские учреждения ВОЗ (3%).

30. Североамериканское сотрудничество на ранних стадиях пандемии 2009 г. показывает, что формальные требования ММСП к отчетности и обмену информацией, которые могут восприниматься как создающие задержки, способны эффективно содействовать глобальным функциям раннего выявления и оценки риска. В самые первые дни вспышки состоялись эффективные неофициальные контакты между ВОЗ, Панамериканской организацией здравоохранения (ПАОЗ) и НК с быстрым уведомлением со стороны НК. Кроме того, официальный процесс уведомления работал достаточно хорошо в Соединенных Штатах Америки, Мексике, и Канаде. Важно сохранить у НК импульс к представлению информации, который был активизирован этой пандемией.

31. ВОЗ улучшила также межучережденческое сотрудничество со Всемирной ветеринарной организацией (ВВО), Продовольственной и сельскохозяйственной Организацией Объединенных Наций (ФАО) и другими организациями ООН в выявлении и проверке событий.

32. Несмотря на то, что ВОЗ имеет широкие полномочия по обмену срочной информацией о событиях в области общественного здравоохранения, обычно она сначала получает согласие со стороны пострадавших государств-участников. Процесс консультации с государствами-участниками может вызвать задержку в размещении информации на ИСС.

33. Существует внутренняя напряженность между обязанностью ВОЗ по информированию государств-участников и заинтересованностью пострадавшего государства-участника в том, чтобы избежать социальных и экономических последствий. ВОЗ стремится уравновесить эти приоритеты и деликатные вопросы посредством диалога с учетом требований, содержащихся в Статье 11. Для того чтобы ИСС стал еще более ценным средством, государствам-участникам следует проявлять больше желания дать ВОЗ возможность обмениваться информацией.

34. СУС ВОЗ была разработана для того, чтобы прослеживать информацию о событиях в области общественного здравоохранения. Эта основанная на веб-сайте система распространяется на региональные и страновые бюро ВОЗ, чтобы обмениваться информацией о серьезных событиях в области общественного здравоохранения. Такое распространение должно сопровождаться оценкой того, достигла ли СУС на всех уровнях надлежащего баланса чувствительности и специфичности.

35. Информация в СУС поступает в три других источника информации для конкретных пользователей: ИСС, бюллетень GOARN и Новости о вспышках болезней (DON) на публичном сайте ВОЗ. В СУС перечисляется гораздо больше событий, чем сообщается через эти три канала, поскольку, согласно Статье 11, в СУС требуется сообщать только о некоторых событиях. В первые месяцы пандемии СУС оказалась полезным средством регистрации в ВОЗ первых слухов о начале выявления острого респираторного заболевания, первых уведомленных страной случаев, докладов о ситуации, а также

действий и решений, принятых в ответ на пандемию. Поскольку СУС дает глобальную картину, ВОЗ имеет возможность увязать события, которые сначала могут показаться не связанными между собой или которые не могут быть оценены как имеющие потенциальное международное значение, так как, в противном случае, такие события оценивались бы только на национальном уровне. СУС, если она используется последовательным и своевременным образом всеми соответствующими сотрудниками ВОЗ, предоставляет зарегистрированную хронологию событий и становится средством контроля событий, увязывающим действия и решения с информацией, имеющейся в определенное время.

36. Комитет по обзору поддерживает создание ВОЗ построенной по принципу открытого источника версии СУС, имеющейся для государств-участников, или интерфейса государств-участников с прикладной программой ВОЗ для поддержки коммуникаций в соответствии с ММСП. Такое расширение может быть осуществлено с помощью проекта по Средствам информационной и коммуникационной технологии для управления чрезвычайными ситуациями в области общественного здравоохранения - совместного предприятия Департамента ВОЗ по глобальному оповещению и ответным мерам и Департамента по информационной технологии и телекоммуникациям. Целью этого проекта является формирование сообщества практики, которое будет предоставлять открытую информацию и коммуникационные средства, предназначенные для содействия предупреждению об эпидемиях и принятию ответных мер.

37. Государствам-участникам необходимо осознавать риски для общественного здравоохранения, существующие во всем мире. Для такого международного сбора эпидемиологический информации используются ИСС и другие системы, такие как ProMED и Глобальная сеть для сбора медико-санитарной информации. ИСС может стать глобальным источником информации об эпидемиях для всех национальных органов общественного здравоохранения. Ценной инновацией во время пандемии было использование ИСС для обмена скорее региональными, чем национальными, докладами о ситуации. Дальнейшее развитие потенциала ИСС потребует включения расширенной информации о большем числе событий. Например, для каждого события можно разместить карты, расширенные оценки риска, а также рекомендации и связи с соответствующими руководствами и сотрудничающими центрами ВОЗ. Кроме того, ИСС должен содержать все временные и постоянные рекомендации, выпущенные согласно ММСП, а также информацию о государствах-членах, принявших дополнительные меры, обоснование таких мер или состояние запроса ВОЗ о представлении такого обоснования. Такие предлагаемые улучшения содержания ИСС потребуют значительных затрат времени и ресурсов для поддержки надлежащей практики общественного здравоохранения. Если ИСС не будет улучшен таким образом, преимущественное положение займут другие, не связанные с ВОЗ системы более низкого качества.

Функция 4: Международные ответные меры в области общественного здравоохранения

38. Комитет желал узнать степень, в которой ММСП повысили помощь и сотрудничество между ВОЗ и государствами-участниками во время события в области

общественного здравоохранения, и то, насколько они помогли укрепить межучережденческое сотрудничество.

Результаты

39. ВОЗ сообщает, что государства-участники становятся все более информированными об оперативных механизмах ВОЗ и ее механизмах ответных мер для преодоления чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения. Соответственно возросла способность координировать крупномасштабные события.

40. По крайней мере за десять лет до вступления ММСП в силу ВОЗ создала механизмы оказания помощи в штаб-квартире, а также в региональных и страновых бюро. Примеры включают распределение из глобального запаса менингококковых вакцин и вакцин против желтой лихорадки, предоставление оборудования и предоставление доступа к сетям экспертов для получения консультативной помощи, а также к сотрудничающим центрам ВОЗ для лабораторной диагностики.

41. GOARN, которая используется как главный механизм ВОЗ для оказания помощи государствам-членам во время события в области общественного здравоохранения, описана в Главе I. Эта сеть используется для координации международных ответных мер с техническими учреждениями и для использования услуг экспертов, помогающих национальным органам в расследовании вспышек и установлении контроля над ними. GOARN содействует ММСП посредством поддержки принципов и процедур, которые были приняты в 2000 г., когда эта сеть была создана.

42. Несмотря на то, что GOARN признана исключительно эффективной, для расширения возможностей ВОЗ по реагированию на долгосрочные события необходим резерв глобальных трудовых ресурсов для работы во время чрезвычайно ситуации в области общественного здравоохранения, заранее подготовленных и имеющих возможность откомандирования на период до 24 месяцев. Этот резерв будет использоваться во время ЧСЗМЗ и направляться в те места, где он необходим. ВОЗ будет организовывать специальную подготовку, обрабатывать запросы на чрезвычайную помощь и мобилизовать необходимые элементы этих трудовых ресурсов.

43. В последние годы ВОЗ испытывает нехватку финансирования, которая ограничивает ее возможности для реагирования на долгосрочные чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения. Большая часть финансирования, предоставляемого ВОЗ государствами-членами и донорами, предназначена для конкретных целей и не может быть отвлечена на другие цели. Во время ЧСЗМЗ основной персонал ВОЗ обязан посвятить время и энергию получению средств, неотложно необходимых для принятия ею ответных мер. ВОЗ израсходовала более 75 млн. долл. США на незамедлительные меры в ответ на пандемию, не считая расходов на вакцины и лекарства.

44. Комитет по обзору предлагает заблаговременно создать резервный фонд, который можно будет использовать в случае ЧСЗМЗ без излишних задержек. Средства будут высвобождаться полностью или частично на основе утвержденного плана расходов и подотчетности, подготовленного ВОЗ. Цель этого фонда будет состоять в том, чтобы

обеспечить способность ВОЗ принимать быстрые ответные меры, в случае необходимости использовать специально подготовленный для чрезвычайных ситуаций персонал и обеспечивать необходимые коммуникации, научную и логистическую поддержку в регионах в течение более длительного времени. Не предполагается, что этот фонд будет источником денежных средств для закупки вакцин или антивирусных препаратов в случае пандемии. Точные условия использования этого фонда должны быть обсуждены между государствами-членами в консультации с ВОЗ.

45. ММСП обеспечивают рамки для укрепления всех аспектов международного сотрудничества в области обеспечения готовности и ответных мер, а также для оказания помощи со стороны ВОЗ. Международные организации сообщают также, что ММСП способствовали более тесным связям с ВОЗ. Такими организациями являются ВВО, ФАО, Международная организация гражданской авиации и Международное агентство по атомной энергии. Существует ряд примеров межучережденческого сотрудничества в осуществлении ответных мер, а также при разработке и планировании политики.

46. Тесные связи с ВВО и ФАО имеют большое значение. Как отмечается в свидетельствах, данных Комитету по обзору, ММСП укрепили связи между ВОЗ, ВВО и ФАО, что оказалось крайне важным в первые дни пандемии. Центр ФАО/ВВО по управлению кризисами для охраны здоровья животных тесно сотрудничает с механизмами ВОЗ по оповещению и ответным мерам для координации полевых миссий и укрепления обмена информацией о деятельности, связанной с полевыми миссиями.

47. ММСП требуют от государств-участников, чтобы они уведомляли ВОЗ о событиях в области общественного здравоохранения и после совместной оценки риска обеспечивали обмен информацией, связанной с такими событиями, через ВОЗ со всеми государствами-участниками. Однако такое уведомление связано с обеспокоенностью в отношении возможного отрицательного воздействия на поездки, туризм и торговлю соответствующей страны. Для преодоления этой опасности ММСП регулируют меры, которые другие государства-участники могут осуществлять при реагировании на событие, а также предусматривают помощь и поддержку со стороны ВОЗ и других государств-участников пострадавшей стране.

48. ВОЗ может проявлять больше лидерства для оказания такой помощи, которая является краеугольным камнем ММСП. Несмотря на то, что НК постепенно выполняют свою роль в основных мероприятиях в соответствии с ММСП, их роль по мобилизации помощи реализуется не полностью.

49. Если все государства-участники будут поощрять свои технические учреждения к участию в GOARN и других международных сетях, это может привести к значительному увеличению технических возможностей и поддержки. Сообщениями GOARN можно было бы обмениваться со всеми НК, если это могло бы помочь мобилизовать международную поддержку и экспертов.

Функция 5: Процедуры для чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение

50. Генеральный директор определяет, является ли какое-либо событие ЧСЗМЗ и выпускает временные рекомендации после заслушивания мнений непосредственно пострадавших государств-участников и Комитета по чрезвычайной ситуации (КЧС), созданного для оказания экспертно-консультативной помощи. Детальные положения, содержащиеся в ММСП, определяют круг ведения и состав КЧС.

51. Комитет по обзору желал узнать следующее:

- выполнялись ли процедуры ММСП при создании КЧС; и при определении ЧСЗМЗ (Статья 12) 25 апреля 2009 г.;
- как отбирались члены КЧС;
- как были разработаны и распространены временные рекомендации;
- в какой степени государства-участники выполняли эти рекомендации.

Справочная информация о Комитете по чрезвычайной ситуации

52. **Состав:** Как говорится в Статье 48, Генеральный директор отбирает членов КЧС из Списка экспертов по ММСП, который состоит из лиц, назначенных государствами-членами или непосредственно Генеральным директором в соответствии с Положениями ВОЗ о списках экспертов-консультантов. Члены отбираются на основе профессиональных знаний и опыта, относящихся к рассматриваемому событию. Для данного КЧС соответствующими областями опыта, которые были отобраны для включения, были острые респираторные синдромы, грипп, вирусология, эпидемиология, лабораторная практика, моделирование, антивирусные препараты, лекарственная устойчивость, инфекционный контроль, вакцины, аэропорты, порты, авиация и морские вопросы. Обеспечивалась справедливая географическая представленность, как указано в Статье 48, а также баланс между полами и между развитыми и развивающимися странами. Кроме того, в соответствии с требованием Статьи 48, было предложено участвовать представителям государств-членов, включая Мексику и США (государства-участники, в которых началась вспышка). Приглашение для участие получил один советник, включенный также в состав Списка экспертов.

53. **Роли и обязанности:** Цель КЧС состоит в представлении своих мнений Генеральному директору. Так как его роль является лишь консультативной, ответственность за окончательное решение лежит на Генеральном директоре. Члены КЧС обязаны вести протоколы конфиденциальных совещаний и не разглашать содержание никаких документов или другой полученной информации. Наряду с официальным приглашением члены получают инструкции в отношении методов их работы, в которых указан закрытый характер совещаний и международный статус членов, требующий, чтобы они действовали как международные эксперты, состоящие на службе ВОЗ, а не как представители правительств своих стран или других органов. Фамилии членов КЧС разглашаются для общественности только после завершения Комитетом своей работы, что

является распространенной практикой ВОЗ в отношении комитетов экспертов. КЧС был распущен после объявления о завершении ЧСЗМЗ, и фамилии его членов были опубликованы.

54. **Совещания:** Все совещания были проведены посредством телеконференции, за исключением одного, которое было проведено по электронной почте. КЧС созывался девять раз в течение периода с 25 апреля 2009 г. до 10 августа 2010 г., когда было объявлено о завершении ЧСЗМЗ. Генеральный директор провела телеконференцию с председателем, заместителем председателя и докладчиком 29 апреля 2009 г. вместо запланированного ранее совещания Комитета полного состава. В полном составе Комитет встретился четыре раза до объявления 11 июня 2009 г. фазы 6 пандемии. В период с 11 июня 2009 г. до 10 августа 2010 г. он встречался четыре раза (8 сентября 2009 г., 26 ноября 2009 г., 23 февраля 2010 г. и 1 июня 2010 г.).

55. Повестка дня и справочные материалы, включая вопросы, по которым Генеральный директор стремилась получить консультативную помощь, распространялись по электронной почте до совещаний. Председателем на всех совещаниях был профессор John Mackenzie. Пострадавшие государства кратко информировали КЧС о последних событиях, а Секретариат ВОЗ предоставлял членам обновленную информацию о текущей эпидемиологической ситуации. Затем Председатель проводил дискуссии, вызывая членов, как правило, в алфавитном порядке. Решения относительно мнений группы для представления Генеральному директору принимались консенсусом.

56. Проект заявления Генерального директора был обсужден и распространен для окончательного утверждения вскоре после отложенного совещания. После утверждения заявление было размещено на защищенном ИСС ВОЗ, и соответствующее предупреждение было направлено всем НК. После этого заявление было опубликовано на публичном веб-сайте ВОЗ.

Объявление ЧСЗМЗ

57. Генеральный директор созвала первое совещание КЧС 25 апреля 2009 г. и предложила членам оказать ей консультативную помощь в решении вопроса о том, является ли текущая ситуация чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение. В Статье 12.4, которую члены получили по электронной почте вместе с пакетом справочных документов, излагаются критерии, которые Генеральный директор учитывает при определении ЧСЗМЗ. Они включают информацию, представленную государством-участником, в котором происходит событие; схему принятия решения, содержащуюся в Приложении 2; мнение КЧС; научные принципы, имеющиеся научные данные и другую соответствующую информацию; и оценку риска для здоровья человека, риска международного распространения болезни и риска создания препятствий для международных перевозок.

58. На первом совещании представители Мексики и США сообщили, что новый вирус гриппа, по антигенным и генетическим характеристикам отличающийся от других вирусов гриппа, достаточно эффективно передавался от человека человеку, чтобы вызвать скорее вспышку, чем изолированные, спорадические случаи заболевания. Как представлялось, он

распространялся быстро и демонстрировал риск потенциального пандемического вируса гриппа.

59. КЧС предложил представить обновленные данные о клинической, вирусологической и эпидемиологической ситуации в Мексике и США, а также о распространении на соседние страны. Конкретными областями для изучения были: клиническая тяжесть и географическое местоположение; характеризация вируса; трансмиссивность; подробные данные о лабораторных образцах, отправленных в Канаду и США; меры контроля и рекомендации в отношении поездок. Консенсусом КЧС было то, что ЧСЗМЗ происходит, но в то же время требовалась дополнительная информация, чтобы поднять уровень предупреждения об опасности с Фазы 3 до Фазы 4.

Временные рекомендации

60. Критерии, предусмотренные в ММСП для определения временных рекомендаций, включают: мнения непосредственно заинтересованных государств-участников; рекомендацию КЧС; научные принципы и имеющиеся научные данные; медико-санитарные меры, которые не создают бо́льших ограничений для международных перевозок не носят более интрузивный характер для лиц, чем доступные на разумных основаниях альтернативы, обеспечивающие надлежащий уровень охраны здоровья; оценку риска, соответствующую обстоятельствам; и соответствующие международные стандарты и документы; и деятельность других международных организаций и международных органов. Временные рекомендации, если срок их действия не продлен, прекращают действие автоматически по истечении трех месяцев после их введения.

61. Временные рекомендации, введенные в действие во время пандемии 2009 г., были первыми временными рекомендациями, принятыми в соответствии с ММСП (Таблица 3.1). Они были включены в официальные заявления Генерального директора, сделанные после совещаний КЧС. Однако в первых двух заявлениях термин "временные рекомендации" не использовался, хотя и была сделана ссылка на ММСП.

Таблица 3.1: Временные рекомендации, выпущенные во время пандемии

Дата	Рекомендация
25 апреля 2009 г.	"Что касается медико-санитарных мер, то, в соответствии с Правилами и по рекомендации Комитета, Генеральный директор рекомендует всем странам усилить эпиднадзор за необычными вспышками гриппоподобного заболевания и тяжелой пневмонии".
27 апреля 2009 г.	"Генеральный директор рекомендовала не закрывать границы и не ограничивать международные поездки. Было высказано мнение о том, что заболевшим будет благоразумно отложить международные поездки, а лицам, у которых после международных поездок появляются симптомы, – обратиться за медицинской помощью". "Генеральный директор подчеркнула, что все принимаемые меры должны соответствовать цели и сфере применения Международных медико-санитарных правил".
24 сентября 2009 г.	"Приняв к сведению мнения Комитета по чрезвычайной ситуации и продолжающуюся пандемическую ситуацию, Генеральный директор приняла решение о продлении этих временных рекомендаций, а именно: • странам не следует закрывать границы или вводить ограничения на международные поездки и торговлю; • усилить эпиднадзор за необычным гриппоподобным заболеванием и тяжелой пневмонией; • заболевшим людям целесообразно отложить международные поездки; • лицам, заболевшим после поездок, следует обратиться за медицинской помощью".
26 ноября 2009 г.	"Приняв к сведению мнения Комитета по чрезвычайной ситуации и продолжающуюся пандемическую ситуацию, Генеральный директор приняла решение о продлении всех трех временных рекомендаций, а именно: • странам не следует закрывать границы или вводить ограничения на международные поездки и торговлю; • усилить эпиднадзор за необычным гриппоподобным заболеванием и тяжелой пневмонией; С обновленной третьей рекомендацией, а именно: • заболевшим людям рекомендуется отложить поездки".
24 февраля 2010 г.	"Рассмотрев мнения Комитета по чрезвычайной ситуации и продолжающуюся пандемическую ситуацию, Генеральный директор приняла решение о продлении этих трех временных рекомендаций с соответствующим изменением, а именно: • странам не следует закрывать границы или вводить ограничения на международные поездки и торговлю; • поддерживать эпиднадзор за необычным гриппоподобным заболеванием и тяжелой пневмонией; • заболевшим людям рекомендуется отложить поездки".

Результаты

62. Комитет по обзору отметил, что пандемия гриппа 2009 г. является единственным событием, признанным ВОЗ ЧСЗМЗ после вступления ММСП в силу. ММСП предусматривают систему для глобального сбора информации об эпидемии. В соответствии с определением, данным в Статье 1, ряд других событий могут быть объявлены как ЧСЗМЗ из-за того, что они являются экстраординарными, представляют риск для здоровья населения в других государствах в результате международного распространения болезни и могут потребовать скоординированных международных ответных мер. Подобные события могут включать такие примеры, как вирус Нипах в Бангладеш в 2009 г.; холера в Гаити в 2010 г. и полиомиелит в центральной Азии в 2010 году.

63. Для реализации полного потенциала ММСП ВОЗ могла бы напомнить государствам, что охват ММСП является большим, чем ЧСЗМЗ, и включает регулярные функции общественного здравоохранения. Как представляется, для объявления ЧСЗМЗ ВОЗ предпочла установить более высокий порог, вероятно, из-за того, что процесс объявления такой ситуации оказался ресурсоемким. На практике воспринимаемая ВОЗ необходимость в выпуске временных рекомендаций будет главным определяющим фактором объявления ЧСЗМЗ. Риск заключается в том, что эта часть ММСП считается инструментом только для таких редких событий, какими являются глобальные пандемии гриппа.

64. Комитет по обзору признал, что ВОЗ правильно впервые активировала процедуры ММСП в отношении ЧСЗМЗ, созвав КЧС в течение 48 часов. Комитет по обзору считает также, что правила ММСП были соблюдены при выпуске временных рекомендаций, хотя временные рекомендации первоначально четко и не назывались таковыми. Поскольку временные рекомендации имеют конкретные юридические последствия, они должны четко объявляться в этом качестве как на публичном веб-сайте, так и на ИСС.

65. Комитет по обзору предложил членам КЧС представить по электронной почте свои мнения об их опыте работы в Комитете, об его учреждении, способе функционирования и эффективности. Особый интерес представляли их мнения относительно требования об анонимности членов КЧС. Восемь из 15 членов Комитета и один советник дали ответы по электронной почте.

66. Респонденты согласились с тем, что опыт членов был надлежащим, что совещания проходили достаточно хорошо и что процессы были открытыми и включали широкое рассмотрение и обсуждение. Несмотря на то, что некоторые члены подняли национальные вопросы для обсуждения, общим центром внимания были международные вопросы. Никакого давления третьей стороны не было обнаружено в отношении никого из ответивших участников.

67. Однако респонденты высказали критику в отношении некоторых аспектов работы КЧС. Председатель КЧС сообщил Комитету по обзору что положения ММСП ограничивали мандат КЧС и что "он существовал только во время совещаний". Это означало, что КЧС не мог независимо созывать совещания или действовать по своей

собственной инициативе, ограничиваясь высказыванием своих мнений, лишь когда его спрашивали. Некоторые респонденты считали. что решение объявить Фазу 6 было излишне затянутым. Никто не считал, что объявление этой фазы было преждевременным.

68. Профессор Mackenzie, Председатель КЧС, в собеседовании с Комитетом по обзору отметил, что на Всемирной ассамблее здравоохранения в мае 2009 г. "Ряд стран сделали очень эмоциональное обещание, что мы перейдем к Фазе 6 только после получения достаточных данных об устойчивой передаче в некоторых других странах… при переходе от Фазы 5 к Фазе 6 имеется несколько направлений и, по моему мнению, мы действительно хотим быть абсолютно уверенными, прежде чем перейдем на этот уровень."

69. Респонденты отметили, что КЧС был уполномочен сделать эпидемиологические выводы, которые имели политические и финансовые последствия. Некоторые предложили, чтобы в будущем КЧС существовала отдельная группа научных и политических советников.

70. По вопросу об анонимности членов КЧС пять респондентов считали, что фамилии должны разглашаться, отчасти на том основании, что большая транспарентность может привести к большему доверию к рекомендациям. Они отметили. что репутация ВОЗ пострадала от неразглашения, и это приведет к еще большему давлению в будущем. Некоторые отметили, что в случае разглашения фамилий ВОЗ необходимо будет оказать поддержку членам по юридическим вопросам и в отношениях со средствами массовой информации.

71. Четыре респондента, включая председателя, сказали. что фамилии разглашать не следует. В своем заявлении перед Комитетом по обзору профессор Mackenzie сказал:

> "Я решительно убежден, что … Комитет должен быть анонимным, после того как я поработал с ВОЗ во время ТОРС (тяжелого острого респираторного синдрома) и узнал, какому давлению подвергаются люди со стороны как фармацевтических компаний, так и компаний, желающих делать диагностику и т.п., а сами страны, обеспокоенные тем, что происходит, делают ли они правильную диагностику и т.д.? Давление, которому могут подвергаться члены КЧС, будет огромным, и я считаю, что анонимность Комитета является абсолютной необходимостью в таких условиях … Я полагаю, что, хотя в настоящее время это и не является частью круга ведения КЧС, с учетом Статей 48 и 49 было бы целесообразным, чтобы это в действительности было реально задокументировано".

72. Комитет по обзору высоко ценит желание защитить КЧС от внешнего влияния, сохранив в конфиденциальности их фамилии в течение всего периода их назначения. Комитет по обзору признает также необходимость конфиденциального проведения консультаций экспертов, чтобы Генеральный директор получала преимущества от непредвзятых дискуссий и советов. В то же время отсутствие разглашения способствует подозрениям в отношении интересов и мотиваций членов КЧС. Комитет по обзору пришел к выводу, что в интересах транспарентности для ВОЗ было бы лучше разглашать с самого начала фамилии членов КЧС. Комитет по обзору признал, что ВОЗ будет трудно изменить свою политику неразглашения позднее, отчасти из-за нежелания, что это будет

выглядеть как уступка критике. Анонимность соответствует практике ВОЗ для членов других комитетов экспертов, фамилии которых обычно разглашаются только в конце мероприятия - часто однодневной консультации. Однако эта практика не подходит для Комитета, работа которого продолжается много месяцев.

73. Комитет по обзору сделал также вывод о том, что более полезным был бы более широкий спектр опыта среди членов КЧС, включая передачу информации о риске. Комитет по обзору признал, что ВОЗ должна назначать КЧС с таким сочетанием навыков и опыта, который соответствует каждому конкретному событию, для которого он создается. Для пандемии гриппа этот опыт может включать вирусологию. лабораторную оценку, эпидемиологию, область общественного здравоохранения и опыт руководства, ветеринарию, оценку риска/передачу информации о риске, а также методологический опыт системных обзоров научной литературы.

74. ВОЗ недостает также достаточно прочного, систематического и открытого комплекта процедур для разглашения, признания и своевременного преодоления конфликтов интересов среди членов КЧС. Пять членов КЧС и один советник заявили о потенциальных конфликтах интересов. Ни один из них не был признан достаточно серьезным, чтобы быть причиной исключения любого из этих членов. Соответствующие взаимоотношения были опубликованы вместе с фамилиями членов КЧС 10 августа 2010 г., когда было объявлено о завершении пандемии. Однако до опубликования этой информации предположения, касающиеся возможных связей между членами КЧС и промышленностью, вызвали некоторую критику и подозрения в неправомочных действиях. Комитет по обзору признал, что ВОЗ принимает меры по улучшению преодоления конфликтов интересов, даже во время проведения настоящего обзора.

75. И наконец, в важный момент принятия решения о пандемии (переходе от Фазы 4 к Фазе 5) Генеральный директор совещалась с КЧС неполного состава (председатель, заместитель председателя и докладчик), вместо того чтобы получить мнения всего Комитета.

Функция 6: Избежание неоправданных препятствий для международных перевозок и торговли

76. ММСП требуют от государств-участников незамедлительно принимать определенные медико-санитарные меры. В случае возникновения некоторых условий государства-участники могут принимать дополнительные медико-санитарные меры, если они проинформируют об этом ВОЗ и предоставят обоснование с точки зрения общественного здравоохранения. В таких обстоятельствах ВОЗ может также предложить стране пересмотреть вопрос о применении таких мер.

77. Комитет по обзору желал узнать, в какой степени государства-участники приняли медико-санитарные меры в дополнение к временным рекомендациям во время пандемии 2009 г., предоставили ли они обоснование для этих мер и как ВОЗ их рассматривала.

Результаты

78. Одной из временных рекомендаций, выпущенных 27 апреля 2009 г., которые оставались неизменными до конца ЧСЗМЗ, была рекомендация "не закрывать границы и не ограничивать международные поездки". На ранних стадиях пандемии 2009 г. наблюдалось повышенное беспокойство по поводу международной передачи этой болезни, в результате чего органы общественного здравоохранения многих стран решили принять меры для предотвращения или задержки внедрения вируса. ВОЗ провела обследования в государствах-участниках, аэропортах, самолетах, операторах перевозок и признала, что большинство представивших ответы стран предоставили информацию въезжающим лицам в виде плакатов или брошюр. На начальных стадиях пандемии 34 из 56 (61%) представивших ответы стран обследовали въезжающих пассажиров на предмет наличия болезни. В большинстве стран такое обследование сопровождалось изоляцией подозреваемых или подтвержденных случаев и карантином их асимптоматичных близких контактов на 3-10 дней (в среднем, 8 дней) *(5*).

79. Две из обследованных стран - одна из Региона стран Америки и одна из Европейского региона - сообщили об отказе во въезде лицам из пораженных стран. Шесть из 56 обследованных стран (11%) сообщили об ограничении на ввоз животных или товаров из пораженных стран.

80. Согласно отчету, пять из 56 обследованных стран сообщили об отказе *в свободной практике* по крайней мере одному виду транспорта, главным образом из-за присутствия на борту больного. Эти ответы соответствовали опыту нескольких судоходных операторов и операторов авиалиний, которые отказывали в разрешении осуществить посадку или высадку пассажиров или экипажа по причине болезни или посещения пораженной страны.

81. Половина стран рекомендовали своим гражданам воздержаться от поездок в пораженные страны на ранних стадиях этого события; средняя продолжительность рекомендация по поездкам с оставляла пять недель. Были также редкие случаи отмены авиарейсов в пораженные страны.

82. В *Еженедельном эпидемиологическом бюллетене* ВОЗ прокомментировала следующим образом: "Результаты свидетельствуют, что меры, принятые на границах, изменились в течение первых четырех месяцев пандемии, показывая, что страны приспособились к изменяющейся эпидемиологической ситуации и рекомендациям. В самом начале пандемии несколько стран ввели ограничения на поездки и торговлю и почти половина рекомендовали избегать поездок в районы, пораженные пандемией; однако эти ограничения и рекомендации, как правило, через несколько недель были отменены, свидетельствуя об изменении стратегии от широкого превентивного подхода к более сосредоточенным ответным мерам в пунктах въезда. Позднее контрольные меры переместились в общины после поступления большего объема информации о пандемическом вирусе, изменения восприятия риска и большей распространенности передачи в общине". (*5*)

83. Во время пандемии ВОЗ документировала отчеты о мерах в областях торговли и поездок в своих еженедельных Докладах о ситуации. Несмотря на то, что ряд стран, хотя и

не все, предоставили обоснование по просьбе ВОЗ, представляется, что ни одна из стран, применивших дополнительные меры (то есть меры, которые значительным образом нарушали международные поездки или торговлю, более чем на 24 часа), не выполнила своих обязательств по Статье 43 об активном информировании ВОЗ и предоставлении обоснования для таких мер. Когда ответы были получены, объяснения были предоставлены всем государствам-участникам на ИСС.

84. В отношении дополнительных мер ВОЗ не получила никаких официальных жалоб ни от какой страны. Во время пандемии некоторые государства-участники приняли меры по Статье 43 ММСП, выходящие за рамки временных рекомендаций, хотя ни одна из них не представила по собственной инициативе обоснование таких мер с точки зрения общественного здравоохранения и ни одна не сделала этого после получения запроса ВОЗ.

85. Международная ассоциация воздушного транспорта (ИАТА) сделала следующее заявление для Комитета по обзору: "Во многих случаях государства-члены не уведомили ВОЗ [о дополнительных мерах, и ВОЗ] была проинформирована третьими сторонами. Комитет по обзору предполагает, что ВОЗ недостаточно энергично стремилась получить такие обоснования, хотя, безусловно, они существовали, и по крайней мере в одном случае мы считаем, что недостаток заключается в самих ММСП, а не в ВОЗ … и, если одной из целей является оценка функционирования ММСП и достижение этой цели требует рекомендации об изменении ММСП, мы считаем, что такая рекомендация должна быть сделана".

86. Комитет по обзору принимает к сведению обеспокоенность, высказанную ИАТА, но считает, что, взвесив все обстоятельства, наилучшим решением в настоящее время будет более жесткое соблюдение существующих положений Статьи 43 как государствами-участниками, так и ВОЗ, а не внесение поправок в ММСП. Однако, до рассмотрения поправок к ММСП, промежуточным шагом для ВОЗ могло бы быть обеспечение идентификации на ИСС стран, принимающих дополнительные меры, размещение на ИСС обоснования таких мер с точки зрения общественного здравоохранения и, если такое обоснование не предоставлено, указание на ИСС, в какую дату был направлен запрос на такую информацию. ИСС может также содержать уточнение в отношение того, предлагала ли ВОЗ стране пересмотреть вопрос о применении таких дополнительных мер. В отсутствие санкций за несоблюдение ММСП такая большая транспарентность уменьшит обеспокоенность в отношении принятия мер, которые создают значительные препятствия для международных поездок.

87. Двадцать седьмого апреля 2009 г. ВОЗ заявила: "Учитывая широкое распространение вируса, Генеральный директор считает, что сдержать вспышку невозможно. В настоящее время необходимо сосредоточиться на мерах по уменьшению воздействия". Тем не менее, ряд государств-членов приняли меры, направленные на сдерживание вируса или, по крайней мере, для отсрочки его появления на их территории. Безусловно, некоторые из этих мер, как описано выше, представляют собой, согласно Статье 43, дополнительные меры.

88. Статью 43 можно считать краеугольным камнем ММСП. Она защищает пораженные страны от чрезмерно ограничительных мер. В этом отношении ММСП могут улучшить международную координацию ответных мер и свести к минимуму применение ограничительных мер на границах. Несмотря на эти положения, первая страна, пострадавшая от пандемии (Мексика), подверглась некоторым ограничениям, таким как отмена экспорта свинины и отмена авиарейсов.

Функция 7. Осуществление ММСП с уважением прав человека

89. Государства-участники должны осуществлять ММСП с уважением достоинства, прав человека и основных свобод людей (Статья 3). Это особенно касается обращения с лицами, совершающими поездку, в пунктах въезда (Статьи 23 и 31).

90. Комитет по обзору желал узнать, были ли известны случаи (например, жалобы отдельных лиц) несоблюдения требований в отношении уважения достоинства, прав человека и основных свобод людей при осуществлении ММСП.

Результаты

91. ВОЗ не предпринимает систематического мониторинга случаев несоблюдения прав человека при осуществлении ММСП. Более того, ВОЗ не имеет полномочий для расследования, являются ли конкретные меры нарушением этого положения в ММСП.

92. Во время пандемии в средствах массовой информации появились сообщения лиц, совершающих поездку, о помещении в карантин и соответствующем задержании.

93. Слабостью представляется тот факт, что ВОЗ не проводит мониторинг уважения прав человека при осуществлении ММСП. Даже если ВОЗ и не имеет полномочий на расследование, в духе ММСП ВОЗ могла бы проконсультироваться с государствами-участниками в тех случаях, когда средства массовой информации сообщали о случаях, которые могли считаться нарушением прав человека и, в свою очередь, ММСП. Такое уважение является важным для принятия общественностью ММСП.

Функция 8. Пункты въезда и проездные документы

94. ММСП содержат подробные положения о медико-санитарных мерах на границах дл лиц, совершающих поездку, и перевозочных средств, о сборах (Статьи 40-41) и о медико-санитарных документах (Статьи 35-39).

95. Согласно Статьям 19 и 20 ММСП, государства-участники должны назначить аэропорты и порты, которые могут создать некоторые возможности общественного здравоохранения, а также порты, уполномоченные выдавать свидетельства судам.

96. Комитет по обзору желал изучить, какой опыт в отношении осуществления и функционирования ММСП был приобретен в пунктах въезда, включая обработку документов на перевозочные средства и медико-санитарных документов для пассажиров. Комитет также стремился узнать, поняли ли государства-участники требования ММСП для

пунктов въезда (Статьи 19 и 20 и Приложение 1b) и выполняли ли их. И наконец, Комитет желал узнать, что означали ММСП для партнерств с ФАО, ВВО, Всемирной туристской организацией и с другими соответствующими организациями (Статья 14).

97. Комитет стремился получить фактические данные по этим вопросам из документов ВОЗ, собеседований с сотрудниками ВОЗ в региональных бюро и в штаб-квартире, статистических данных, полученных из ответов государств-участников на вопросы Механизма для мониторинга ММСП, а также из статистики о деятельности в уполномоченных портах.

Результаты

98. Некоторые из тем, охваченных функцией 8, являются относительно новыми и недостаточно развитыми как для ВОЗ, так и для многих государств-участников. Самой крупной задачей для государств-участников является координация новых требований в отношении готовности к чрезвычайным ситуациям, вытекающих из многочисленных действующих международных соглашений, например в секторах транспорта, морских перевозок и авиации.

99. Требования разработать руководящие принципы, например в отношении наземных транспортных узлов, сложно выполнить в странах Европейского союза, Америки и Азии, которые уже имеют субрегиональные и региональные соглашения, распространяющиеся на такие транспортные узлы.

100. Комитет по обзору признал, что Приложение 1В ММСП дает четкие указания в отношении того, что требуется для создания основных возможностей для ответных мер, однако межсекторальное сотрудничество и координацию следует укрепить, чтобы помочь странам создать такие возможности к установленному на 2012 г. конечному сроку. Страны обладают опытом осуществления функций общественного здравоохранения в пунктах въезда в соответствии со старыми ММСП (1969 г.). Основное внимание в ММСП (2005 г.) уделяется обеспечению в пунктах въезда в любое время широкого диапазона возможностей.

101. ММСП предоставляют механизм для назначения компетентного органа для координации обеспечения готовности в каждом пункте въезда. Назначение пунктов въезда в аэропортах, портах и наземных транспортных узлах для некоторых стран оказалось трудным в связи с ресурсами. Полная картина отсутствует из-за того, что лишь ограниченное число государств-участников ответили на просьбу ВОЗ представить информацию.

102. Необходимы руководство и процедуры для сертификации портов и аэропортов. Сертификация создает огромный спрос на ресурсы. Например, существует свыше 4000 портов, обрабатывающих международные перевозки. ВОЗ известно о 80 странах, имеющих 1800 портов, уполномоченных выдавать документы о прохождении судном санитарного контроля.

103. Япония в заявлении Комитету по обзору отметила, что некоторые суда, прибывающие в ее пункты въезда, предъявляют свидетельства о прохождении судном санитарного контроля, выданные портами, не включенным в список на веб-сайте ВОЗ. Это может быть просто административной проблемой, но должно послужить напоминанием всем имеющим порты государствам-участникам о необходимости обеспечить соблюдение положений Статьи 20 ММСП.

104. США в своем заявлении рекомендовали, чтобы ВОЗ продолжила оказывать содействие разработке и осуществлению системы коммуникаций и обмена информацией для связи компетентных органов в назначенных международных пунктах въезда. Это предназначено не для понижения важной контролирующей роли НК, а для улучшения регулярных коммуникаций.

105. Статья 27 ММСП требует, чтобы администрация следующего пункта въезда информировалась о случаях поражения перевозочного средства. Странам предложено представить контактную информацию об административных органах пунктов въезда, чтобы дать им возможность выполнить это требование. ММСП не требуют, чтобы это сообщение было передано через НК. Нежелательно перегружать систему оповещения регулярными последующими мерами, и поэтому странам предлагается принять решения на свое усмотрение. ВОЗ предлагает обновить список портов, чтобы дать возможность осуществлять поиск контактной информации, добровольно предоставленной странами.

106. Морская медико-санитарная декларация и Медико-санитарная часть декларации самолета могут использоваться как средства коммуникации в рамках ММСП. Многие государства-члены желают использовать карточку медико-санитарной декларации во время чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения. ИАТА сообщила, что поскольку рекомендованной карточки не существует, во время пандемии были созданы многочисленные и различные виды карточек, что создало сложности для авиакомпаний. ИАТА предлагает согласовать такие документы, как карточка медико-санитарной декларации и карточка прослеживания контактов пассажира. ММСП не требуют этого, но это будет дополнять медико-санитарную часть декларации самолета.

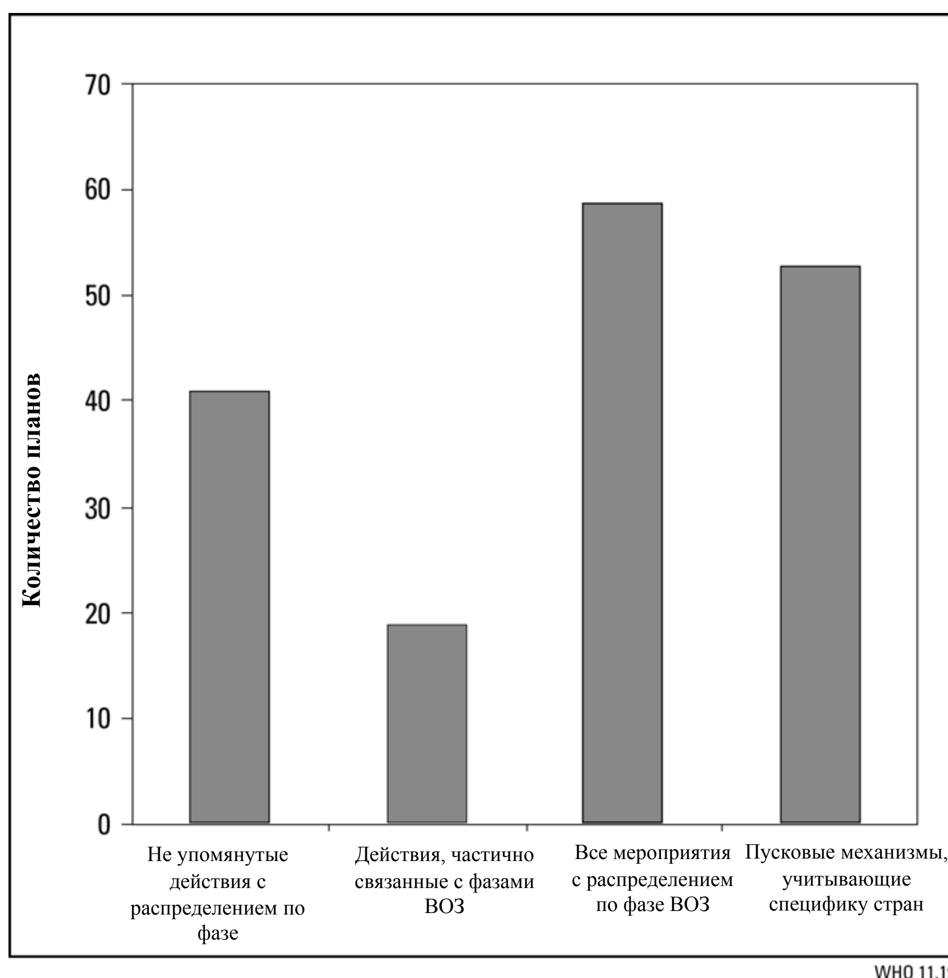
107. Международное сотрудничество имеет важное значение для выполнения требований этой функции, но оно является сложным из-за перекрывающих друг друга и конкурирующих полномочий, а также из-за необходимости для общественного здравоохранения быть сбалансированным с другими соображениями. Большинство этих взаимоотношений функционируют достаточно хорошо, но роли и обязанности могли бы быть разграничены более четко. ВОЗ сотрудничает с ФАО и ВВО по вопросам, связанным с безопасностью пищевых продуктов во время международной транспортировки. Во время пандемии техническое сотрудничество между Международной организацией гражданской авиации, Всемирной туристской организацией, ИАТА и Международным советом аэропортов было хорошим и дало возможность быстро выпускать документы.

B. Обеспечение готовности к пандемии, ответные действия и оценка: страновой уровень

108. В период 1995-2006 гг. государственное финансирование на покрытие расходов, связанных с охраной здоровья населения, за счет средств госбюджета стран и по линии организаций, оказывающих помощь в целях развития, в целом увеличилось примерно на 100% *(6)*. Вместе с тем, глобальный финансовый кризис, который начался в 2007 г. и обострился в 2008 г., послужил поводом для беспокойства относительно возможных последствий для глобального здравоохранения, так как страны сократили бюджетное финансирование, а доноры пересмотрели свои инвестиционные портфели. В частности, страны с низким уровнем доходов зависят от донорского финансирования для покрытия расходов на здравоохранение *(7)*. ВОЗ проанализировала эти беспокойства в ходе проведения консультативного совещания высокого уровня в январе 2009 г., то есть почти за три месяца до начала пандемии H1N1. В своих выступлениях участники консультативного совещания отметили множество путей, когда экономические трудности могут повлиять на ситуацию со здравоохранением; подчеркнули жизненно важное значение сохранения на прежнем уровне объема инвестиций на охрану здоровья и активизацию усилий на страновом, региональном и глобальном уровнях в целях смягчения связанных с этим последствий для здоровья *(8)*. Получилась весьма разнородная картина в отношении имеющихся в странах ресурсов для сектора здравоохранения. Если одни страны сократили свои расходы на социальную сферу, то другие увеличили их размер или не стали ничего менять *(9)*. Финансовый кризис поставил лидеров в сфере здравоохранения в трудное положение, когда речь шла о приоритетности охраны здоровья своего населения, особенно наиболее уязвимой его части.

109. В период после вспышки ТОРС, а также ввиду угрозы птичьего гриппа H5N1 ВОЗ совместно со странами стала готовиться к пандемии гриппа (см. Главу I). Для оценки хода этой подготовительной работы ВОЗ провела внутренний обзор 119 национальных планов с использованием структурированного, состоящего из 88 пунктов контрольного перечня. В результате оценки оказалось, что 68% планов было составлено с привязкой к предложенным ВОЗ фазам планирования готовности к пандемии в соответствии с содержанием плана ВОЗ на 2005 год. Несмотря на то, что 72% стран учредили национальные комитеты по обеспечению готовности к пандемии, лишь в случае 13% и 5% стран были созданы субнациональные комитеты и разработаны планы, соответственно. Только 8% стран апробировали свои планы готовности к пандемии, обеспечив проведение учений до начала пандемии 2009 года. Лишь около половины стран определили список факторов, учитывающих национальную специфику и выступающих в качестве пусковых механизмов для приведения в действие национальных систем реагирования (Рис. 3.1).

Рисунок 3.1 Пусковые механизмы, учитывающие специфику стран



110. Перед некоторыми странами возникли проблемы особой сложности в связи с подготовкой к пандемии гриппа. Отдельные развивающиеся страны могли воспользоваться планами, принятыми в развитых странах, но не являющимися подходящими для них. Страны с ограниченными ресурсами нуждаются в адаптированном, практическом наборе инструментов *(10)*. Анализ ситуации в шести азиатских странах, проведенный в 2008 г., показал, что ввиду возможной вспышки птичьего гриппа при планировании противопандемических мероприятий основное внимание уделялось совершенствованию систем эпиднадзора и выявлению случаев заболевания. Тем не менее, существующие протоколы должны быть более гибкими, чтобы должным образом реагировать на меняющиеся обстоятельства передачи инфекции. Более того, реальные возможности по претворению в жизнь намеченных планов оказались ограниченными *(11)*.

Полученные результаты: оценка действий в ответ на пандемию

111. Членам Комитета по обзору стало известно, что аналитические обзоры ответных действий проводились силами стран, региональных бюро ВОЗ и независимых аналитиков.

В итоге предпринятых таким образом усилий была отмечена значимость планирования, а составленные отчеты говорили о том, что в некоторых странах разработаны эффективные и тщательно апробированные планы. Однако несмотря на имеющиеся всеобъемлющие методические рекомендации ВОЗ и проводимые при ее поддержке курсы обучения специалистов, в частности с помощью региональных бюро, не всем странам удалось разработать эффективные планы. Как правило, страны имели в своем распоряжении достаточные ресурсы для адекватного ответа на пандемию, но они вынуждены признать, что столкнулись бы с дополнительными трудностями в более тяжелой ситуации. В рамках сектора здравоохранения и за его пределами уделялось недостаточное внимание многосекторальному планированию и обеспечению бесперебойной деятельности.

112. В докладе о ситуации в странах Карибского бассейна по состоянию на сентябрь 2009 г., равно как и в других документах, был сделан следующий вывод:

> "Большинство стран были в определенной степени готовы отреагировать на возможный кризис. Усилия по обеспечению готовности, предпринятые странами/территориями в субрегионе Карибского бассейна на начальном этапе развития пандемии H1N1, способствовали эффективным действиям в ответ на пандемию, протекающей в легкой форме. Извлеченные уроки и обмен опытом убедил страны в необходимости повторной оценки своих планов готовности к катастрофам и реагированию на них для смягчения потенциальных последствий тяжелой формы пандемического гриппа H1N1 в масштабе Региона" *(12)*.

113. В докладе, подготовленном Региональным бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья (ВСРБ) в апреле 2010 г., говорилось о том, что почти все страны этого региона уже разработали планы готовности к пандемии и ответных действий. ВСРБ констатировало, что эти планы были составлены согласно видению ситуации с позиции сектора здравоохранения без полноценного участия не связанного со здравоохранением сектора, причем лишь немногие планы были пересмотрены ввиду пандемии H1N1.

114. Из презентации, сделанной на конференции Регионального бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии (ЮВАРБ), следовало, что, несмотря на предполагаемую пандемию птичьего гриппа, в целом задача обеспечения готовности к пандемии представлялась в ином свете для стран ЮВАРБ. Хотя страны в общей сложности и справились с пандемией, системы организации медобслуживания, эпиднадзора и лабораторных исследований испытывали определенные затруднения, и было ясно, что им бы пришлось стараться изо всех сил в условиях более тяжелой пандемии.

115. В сентябре 2009 г. Региональное бюро ВОЗ для стран Америки (ПАОЗ/АМРБ) организовало проведение двухдневного совещания с участием представителей всех стран Региона в целях анализа применимости своих национальных планов готовности к пандемии *(13)*. Большинство стран подготовили свои планы, но их основная доля была первоначально ориентирована на действия в ответ на H5N1 при предполагаемом более тяжелом течении этой инфекции. Страны пришли к выводу о том, что запланированные меры профилактики, сдерживания циркуляции заразного начала и уменьшения последствий инфицирования были не полностью применимы к пандемии H1N1 - 2009,

которая обусловила течение болезни в менее тяжелой форме, но одновременно и более легкую передачу инфекции. Необходимость в адаптации становилась очевидной, в том числе в итоге проведения других оценок, как например независимого обзора ответных действий Соединенного Королевства, из которого следовало, что пандемический вирус (H1N1) - 2009 в целом характеризовался менее выраженными последствиями, чем в случае "предполагаемого и планируемого воздействия птичьего гриппа" H5N1. Было также отмечено, что на ранних стадиях пандемии ощущается неопределенность, а также что: "В условиях неопределенности, неизбежно возникающей ввиду непредсказуемости вируса гриппа, в чрезвычайной ситуации и из-за отсутствия информации складывается тенденция в пользу того, чтобы предположить развитие обстановки по наихудшему сценарию и выделить соответствующие ресурсы для ответных действий" *(14)*.

Полученные результаты: ответные меры на уровне систем здравоохранения: больницы и отделения интенсивной терапии

116. Несмотря на то, что в разработанном ВОЗ в 1999 г. плане обеспечения готовности не акцентировалось внимание на требованиях к ответным действиям со стороны систем здравоохранения, в планах готовности от 2005 г. и 2009 г. делался упор на важность ответных действий со стороны систем здравоохранения и пропагандировалась идея разработки таких документов, как промежуточные протоколы и алгоритмы по выявлению случаев, лечению и ведению больных; методические рекомендации по инфекционному контролю; руководство по сортировке больных; стратегии управления резервными мощностями и кадровым обеспечением.

117. Результаты проведения различных обзоров свидетельствовали о том, что пандемический вирус H1N1 был причиной заболевания в относительно легкой форме, и странам пришлось бы столкнуться с дополнительными трудностями в случае протекания болезни в более тяжелой форме. Оказание неотложной помощи и создание резервных мощностей являлись важными параметрами реагирования систем здравоохранения. К основным напряженным моментам при организации медобслуживания в условиях пандемии 2009 г. следует отнести оказание неотложной медицинской помощи в больницах *(15)*. ВОЗ выпустила ограниченное по объему руководство, в котором речь шла о требованиях к оказанию клинической и стационарной помощи до наступления пандемии. При оказании неотложной помощи больным с респираторными проблемами возникали серьезные трудности даже в развитых странах.

Полученные результаты: использование и применимость руководства ВОЗ по обеспечению готовности к пандемии

118. Планы обеспечения готовности к пандемии были разработаны в большинстве стран с учетом руководства ВОЗ. Готовые планы отличались по своему качеству, предметному охвату, стадии готовности и уровню апробации. Многие из них основывались на предположении о вероятной вспышке H5N1. Как бы то ни было, значимость заблаговременной подготовки отмечалась во всех страновых докладах, и мир гораздо лучше подготовился к реагированию на эту пандемию, чем это было всего лишь несколько лет назад. Процесс планирования, равно как и сами планы, меняли очень многое.

Осуществление на практике ММСП также внесло свой вклад в предпринятые ответные действия. Многие страны получили поддержку от ВОЗ в процессе подготовки своих планов, главным образом через региональные бюро. Немалая заслуга ВОЗ состоит в том, что Организация направляла и поощряла усилия стран по разработке их собственных планов, а также в том, что она организовала курсы обучения и оказала всевозможную поддержку многим странам в усилении систем эпиднадзора и лабораторного потенциала.

119. Основные положения названного руководства имели самое прямое отношение к делу, включая актуальность осуществления общегосударственного подхода, подключения организационной структуры с участием старших должностных лиц, обеспечения связи с планами готовности к чрезвычайным ситуациям и положениями ММСП, а также проработки потенциального диапазона мер реагирования на разные ситуации. В тех случаях, когда все эти параметры были предусмотрены, составленные планы оказались очень эффективными. Однако, как следует из проведенных обзоров, не все страны принимали во внимание эти характеристики при разработке своих планов, особенно в связи с необходимостью осуществления "общегражданского" подхода.

120. Значительная часть текста руководства и многие планы базировались на предположении о том, что следующая пандемия будет обусловлена вспышкой H5N1. Потенциальный риск H5N1 подтолкнул страны к тому, чтобы они со всей серьезностью отнеслись к процессу планирования. Оценки риска, предпринятые несколькими органами общественного здравоохранения, и широкое освещение в СМИ проблемы пандемии, предположительно имеющей разрушительные последствия, подогревали это чувство опасения. Министерства здравоохранения отреагировали должным образом, обеспечив подчас разработку комплексных планов, а страны с достаточными ресурсами позаботились о создании запасов противовирусных препаратов. Вместе с тем, отрицательной стороной такого подхода явилось то, что страны оказались не вполне готовы к противодействию болезни, которая протекала в менее тяжелой форме, но зато распространялась более стремительно, так как многие планы были изначально ориентированы на штамм H5N1 и темпы его распространения.

121. Страны использовали предложенную ВОЗ пофазовую структуру применительно к масштабу необходимых подготовительных мероприятий и активизации ответных действий сообразно специфике ситуации; например, когда 29 апреля была объявлена Фаза 5, в ВОЗ уже поступила информация о случаях заболевания из девяти стран. Поскольку, по общему признанию, болезнь распространялась стремительными темпами, европейские страны уже были настороже и приступили к реализации своих планов; было принято считать неизбежным, что комбинация таких факторов, как международные поездки и быстрое распространение вируса, будет означать, что болезнь в скором времени доберется и до Европы. В Соединенном Королевстве, к примеру, первые подозрительные случаи были выявлены в Шотландии 26 апреля и подтверждены 27 апреля. К этому времени Агентством по охране здоровья Соединенного Королевства была выпущена рекомендация для клиницистов и населения и введен в действие план обеспечения готовности Соединенного Королевства.

122. Некоторые страны посчитали неприменимыми к своей ситуации предложенные фазы развития пандемии в глобальном масштабе. Официальные извещения о фазах глобальной пандемии воспринимались как запоздалые некоторыми странами, пострадавшими в первую очередь, и как преждевременные - странами, которые ощутили последствия в более позднем периоде. Одни страны ставили под сомнение целесообразность объявления той или иной фазы пандемии, тогда как другие сочли завершение пандемии слишком запоздалым. Некоторые страны руководствовались фазами развития пандемии в глобальном масштабе, скорее в качестве оперативного, а не планирующего инструмента, и предприняли конкретные меры несмотря на отсутствие случаев заболевания в своих странах.

123. Комитет по обзору пришел к выводу, что предложенные в руководстве ВОЗ фазы, судя по всему, использовались в целях планирования, характеристики глобальной ситуации, а в отдельных случаях в качестве оперативного инструмента для инициирования практических действий. Комитет по обзору рекомендовал на случай планирования мероприятий в будущем разобраться в этих хитросплетениях. Заложенная в руководстве ВОЗ многофазовая структура включает в себя больше стадий, чем набор четко обозначенных ответных мер, и является неоправданно сложной, особенно применительно к оперативной деятельности. Комитет по обзору рекомендовал пересмотреть имеющееся руководство и включить в него упрощенную фазовую структуру с упором на подход с позиции риска, обеспечив при этом тщательный мониторинг событий и изменение по мере необходимости курса действий. Кроме того, использование географического принципа распространения инфекции при определении фаз развития пандемии в глобальном масштабе не очень удачно соответствовало определению характеристики периода после пандемии. Обычно пандемические вирусы эволюционируют в сезонный грипп и могут варьировать по своей интенсивности от страны к стране. Признание факта перехода в другое состояние - это вопрос здравого смысла. Вышеприведенные соображения стали очевидными по материалам заседаний Комитета по чрезвычайной ситуации, а также в течение нескольких месяцев до вынесения решения о том, чтобы рекомендовать Генеральному директору выступить с заявлением о завершении пандемии. Все эти трудности послужили дополнительным подспорьем при выработке Комитетом по обзору рекомендации, касающейся упрощения структуры разбивки пандемии на отдельные фазы и разграничения соображений оперативного характера на страновом уровне и плана обеспечения готовности в глобальном масштабе.

C. ВОЗ: обеспечение готовности/планирование и ответные действия

124. Будучи специализированным учреждением по вопросам здравоохранения в рамках системы Организации Объединенных Наций, ВОЗ работает в контакте с группой специалистов Системы Организации Объединенных Наций по координации мер борьбы с гриппом (UNSIC) по вопросам обеспечения готовности и реагирования на пандемию гриппа. В процессе пандемии 2009 г. эксперты UNSIC сочли необходимым руководствоваться общегражданским подходом и представили ценную информацию и координировали усилия 13 межправительственных учреждений в поддержку возглавляемых ВОЗ ответных действий во время пандемии.

125. Роль ВОЗ в обеспечении готовности к пандемии и принятии ответных мер изложена в руководстве от 2009 г. и охватывает такие аспекты, как координация усилий в рамках ММСП; определение фазы развития пандемии в глобальном масштабе; выработка рекомендаций относительно целесообразности и конкретных сроков перевода производства сезонной вакцины на пандемическую; безотлагательное сдерживание дальнейшего распространения первичной инфекции пандемического гриппа и проведение начальной оценки воздействия на здоровье тяжести пандемии.

126. После объявления Фазы 5 в мае 2009 г. ВОЗ уточнила стоящую перед ней задачу, а именно: "Смягчить последствия пандемии гриппа А (H1N1) путем усиления степени готовности и потенциала реагирования на уровне стран и сообществ, особенно среди наиболее уязвимых регионов всего мира". Были конкретизированы шесть стратегических направлений практической деятельности: мониторировать и отслеживать прогрессирование болезни; приобретать и передавать знания; нацеливать и поддерживать усилия стран; создавать условия для полного доступа к вакцинам и другим средствам материальной помощи; расширять доступность противовирусных препаратов и обеспечивать лидерство и сотрудничество в рамках глобального здравоохранения.

127. В ответ на первые извещения о возникновении болезни ВОЗ инициировала свои процедуры управления критическим событием в области общественного здравоохранения. Острый оперативный период закончился 25 мая 2009 г. наряду со снижением уровня активности Центра стратегических медико-санитарных операций (SHOC) на фоне сокращения объема работы по организации логистической и оперативной помощи странам. После объявления Фазы 6 операции по противодействию пандемии вернулись в русло обычной программной деятельности. Группа по оценке тяжести пандемии (ГОТП) была учреждена и уполномочена обобщать всю поступающую информацию в целях совершенствования анализа и координации создавшейся ситуации. Поставленная таким образом задача включала в себя согласование усилий по предоставлению научно обоснованных фактических данных к срокам проведения заседаний Стратегической консультативной группы экспертов (SAGE). Члены ГОТП оперировали информацией четырех типов, а именно: эпидемиологической, клинической, связанной с вакцинами и имитационным моделированием. Эта группа руководствовалась информацией из Докладов о развитии ситуации, которые изначально выходили ежедневно, затем один раз в два дня и далее еженедельно (начиная с 26 июня 2009 г.). В названных докладах речь шла об эпидемиологии пандемии, новых научных данных, связанных с вакцинами вопросах, оперативных мероприятиях и страновой поддержке, средствах коммуникации и ММСП. Были созданы и другие группы, чтобы заниматься такими конкретными вопросами, как SHOCDocs, и координировать работу по проведению обзора и согласованию содержания методических рекомендаций.

128. Требования к проведению мероприятий на должном уровне и оказанию поддержки странам диктовали напряженный ритм работы персонала ВОЗ. Руководители структурных подразделений стали привыкать к тому, чтобы на короткий период откомандировывать своих сотрудников для участия в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций или для подключения к конкретным долгосрочным программам. Характер пандемии оказался иным. Это была затяжная глобальная ситуация, требовавшая напряжения сил в течение

многих месяцев. ВОЗ не располагает существенными фондами чрезвычайных расходов; денежные средства выделяются в зависимости от приоритетов, согласованных на сессиях Всемирной ассамблеи здравоохранения или со странами-донорами. Несколько государств-членов откомандировали своих специалистов, однако со временем некоторые из них оказывались в затруднительном положении, особенно в тех случаях, когда последствия пандемии стали ощущаться в их собственных странах. Краткосрочные назначения специалистов также создавали проблемы, связанные с недостаточной преемственностью и передачей специальных знаний. Сотрудники ВОЗ старшего звена были вынуждены признать, что порядок организации работы в связи с такими событиями нуждается в пересмотре, особенно в том случае, если бы им пришлось справляться с более тяжелой пандемией. ВОЗ оказалась не единственной организацией, отдававшей отчет о значительном напряжении усилий в целях координации своих ответных действий и управления ими. Страны, которые до этого провели серьезную работу по имитационному моделированию или располагали опытом купирования крупных вспышек, были подготовлены лучше, но возникшая пандемия подтвердила, насколько важно обеспечить высокий уровень организации и необходимые ресурсы, чтобы курировать события такого масштаба.

Региональные бюро и страновые офисы ВОЗ

129. Региональные бюро как напрямую, так и через свои офисы в странах, когда это было целесообразно, оказывали поддержку странам в самых разных областях деятельности, например в области коммуникации, методического руководства и оказания технической помощи. Региональные бюро также обеспечили мобилизацию бригад специалистов в поддержку действий на местах и укрепления систем в целях содействия таким мероприятиям, как распределение противовирусных препаратов и вакцин.

130. ВОЗ смогла оказать содействие тем странам, которые пострадали от пандемии на более поздних ее этапах, в повышении степени их готовности. В августе 2009 г., к примеру, Африканское региональное бюро ВОЗ (АФРБ) организовало совещание в сотрудничестве с государствами-членами в целях доведения свежей информации до его участников о глобальной ситуации, обзора их готовности в общенациональном масштабе и планов в ответ на пандемию, определения возможных пробелов и обсуждения стратегий мобилизации ресурсов *(16)*.

131. ПАОЗ инициировала внутренний независимый обзор собственных ответных действий и обменялась полученными результатами с Комитетом по обзору. Были озвучены положительные отзывы государств-членов относительно технической помощи, мобилизации ресурсов и поддержки министерств здравоохранения со стороны представителей ВОЗ в странах. В докладе ПАОЗ были отмечены некоторые недостатки, в том числе такие, как связь между общественным здоровьем и клинической медициной и слабость управленческих структур с точки зрения надзора и реагирования на пандемию. В докладе сделан вывод о том, что, несмотря на эти слабые стороны, государства-члены прекрасно справились с поставленной задачей, однако ответные действия не носили бы устойчивый характер при затянувшейся ситуации.

Общая координация и сотрудничество

132. Когда была объявлена Фаза 6, структура управления при чрезвычайной ситуации, подробное описание которой приведено ниже, была эффективным образом переподчинена кластеру Безопасности в области здравоохранения и окружающей среды, который в настоящее время возглавляет помощник Генерального директора (ADG), временно исполняющий обязанности руководителя кластера.

Основные функции

- Управление информацией (GAR)
- Эпидемиологическая, клиническая, вирусологическая и научно-техническая информация (ГПГ)
- Планирование, координация и осуществление мероприятий, связанных с пандемическими вакцинами (IVB)
- Координация и планирование при участии региональных бюро и страновых офисов, а также GOARN (GAR и HAC)
- Запросы и вопросы, связанные с ММСП (2005 г.)
- Планирование и разрешение на выпуск технических документов (SHOCDocs, ГПГ, HSE/ADGO)
- Организация и проведение мероприятий, связанных со СМИ (GAR)
- Административная поддержка (HSE и DGO)

ADGO - канцелярия помощника Генерального директора; DGO - канцелярия Генерального директора; GAR - Глобальное предупреждение и ответные действия; ГПГ - Глобальная программа по гриппу; HAC - Медико-санитарные действия во время кризисов; HSE - Безопасность в области здравоохранения и окружающая среда; ММСП - Международные медико-санитарные правила; IVB - Иммунизация, вакцины и биологические препараты; SHOCDocs - группа по работе с документами Центра стратегических медико-санитарных операций.

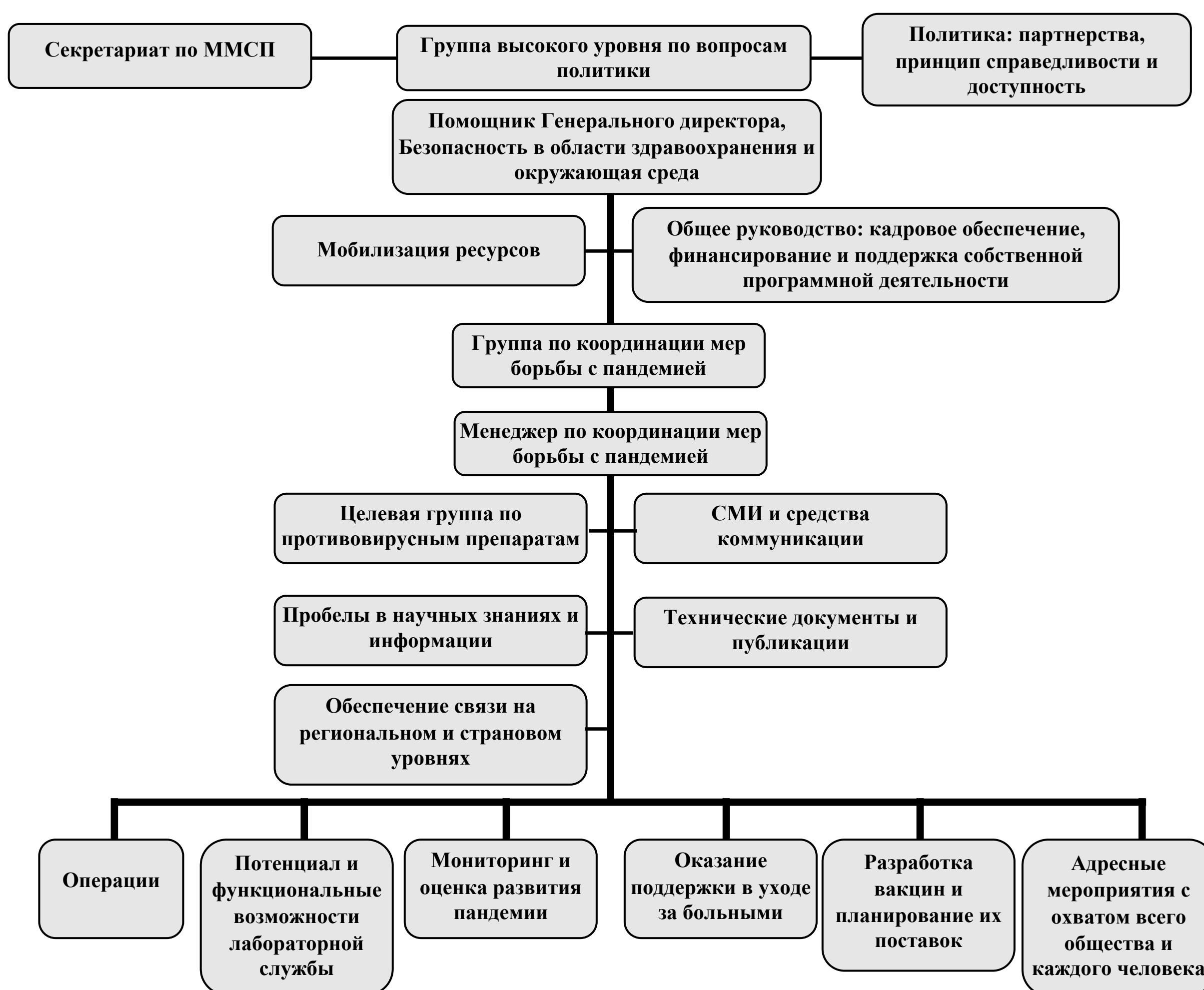
Структура управления при чрезвычайной ситуации, обусловленной пандемией

133. Была сформулирована политика и приняты стратегически важные решения Группой высокого уровня по вопросам политики (SPG). Структура управления была следующей:

- Исполнительный директор проекта (помощник Генерального директора/ HSE)
- Генеральный директор проекта (временное назначение)
- Руководители функциональных подразделений

134. В конце июля 2009 г. бывший представитель ВОЗ в стране был приглашен ВОЗ для поездки в Женеву, чтобы приступить к организации функциональных подразделений, обеспечивающих действия в ответ на пандемию (Рис. 3.2).

Рисунок 3.2 Основные функции в связи с управлением пандемией и взаимный обмен информацией



Источник: WHO Headquarters Pandemic (H1N1) 2009 Organizations and Resources. A World Health Organization brochure.

135. Информация об этой структуре была официально объявлена 7 сентября 2009 года. См. Дополнение IV, где приведены более подробные сведения.

136. Двенадцатого октября 2009 г. помощник Генерального директора, Безопасность в области здравоохранения и окружающая среда, был назначен Специальным советником Генерального директора по проблеме пандемии гриппа. Заместитель Генерального директора временно занял пост помощника Генерального директора, курирующего кластер HSE. По инициативе Специального советника 26 июля 2010 г. был выпущен меморандум,

адресованный всем руководителям департаментов в кластере HSE с просьбой подготовиться к операциям в период после пандемии и обеспечить возвращение откомандированных сотрудников на свои обычные места службы.

D. Эпиднадзор, мониторинг и отчетность

137. Мониторинг пандемии гриппа требует своевременной и точной информации. Данные по отдельным странам после обмена ими и обобщения на глобальном уровне могут быть полезными при характеристике важных параметров пандемического вируса; уточнении направлений профилактической работы и мероприятий по борьбе с инфекцией; выполнении задачи распределения противовирусных препаратов и вакцины и противодействии слухам и ложной информации *(17)*.

138. До начала пандемии H1N1 вирусологический мониторинг вирусов гриппа на глобальном и национальном уровнях проводился должным образом посредством Глобальной сети эпиднадзора за гриппом (GISN). Кроме того, в ММСП предусмотрены определенные обязательства и процедурные механизмы как в отношении стран, так и ВОЗ по раннему выявлению, эпиднадзору, оценке риска, верификации и формированию отчетности о связанных с общественным здоровьем событиях, которые могут представлять собой глобальную угрозу (см. Главу I).

139. В целях расширения возможностей этих механизмов ВОЗ взаимодействовала с государствами-членами и другими партнерами в целях усиления эпиднадзора за сезонным гриппом *(18, 19)* и разработки единого руководства по эпиднадзору за болезнями в период пандемии.

Руководство ВОЗ по глобальному эпиднадзору за болезнями во время пандемии гриппа

Период до начала пандемии

140. В декабре 2007 г. ВОЗ провела техническое консультативное совещание, чтобы приступить к разработке руководства по глобальному эпиднадзору в период пандемии гриппа. На консультативном совещании были озвучены стоящие на этом пути непростые проблемы, а именно: системы эпиднадзора за гриппом нередко просто отсутствуют в странах с недостатком ресурсов; и схемы эпиднадзора за гриппом отличаются по своему предназначению и направленности, типу и количеству источников данных, методологическим подходам (в частности, нет общепринятого и согласованного стандартного определения случая заболевания) и уровню обеспеченности ресурсами для сбора и обработки информации. Другие системы, как, например, синдромный эпиднадзор и Интегрированная система эпиднадзора за болезнями в Африке (система раннего предупреждения, сфокусированная на быстрое выявление эпидемических заболеваний), обладали необходимым потенциалом для использования в целях эпиднадзора за пандемией гриппа *(20)*.

141. В итоге консультаций с рабочей группой экспертов силами ВОЗ были впоследствии разработаны принципы ВОЗ по Глобальному эпиднадзору в период пандемии гриппа *(17)*. Данный руководящий документ еще находился в стадии обзора, когда пандемия началась, и вскоре после этого был вывешен на веб-сайте ВОЗ.

142. Странам было рекомендовано запланировать три типа мероприятий или компонентов по эпиднадзору в целях обнаружения новой формы болезни, получения характеристики последней и мониторирования ее эволюции (Рис. 3.3). Задача первого компонента эпиднадзора (то есть обеспечить выявление и расследование первых эпизодов устойчивой передачи от человека к человеку вируса гриппа, обладающего пандемическим потенциалом) напрямую соответствовала основным возможностям, предусмотренным ММСП. Второй компонент (то есть комплексная оценка ограниченного числа самых ранних случаев заболевания в каждой стране) был предназначен для характеристики клинических, эпидемиологических и вирусологических параметров новой формы болезни, а также информации, необходимой для оценки степени тяжести события. Третий компонент был нацелен на отслеживание географических границ распространения пандемического вируса в той или иной стране; интенсивности проявления болезни; тенденций роста или снижения количества заболевших и конкретизации последствий пандемии для инфраструктуры медико-санитарной помощи. Имелось в виду, что эти качественные индикаторы окажутся применимыми на практике в каждой стране с точки зрения сбора информации и их полезности при купировании пандемии на глобальном и национальном уровнях.

Рисунок 3.3 Обзор компонентов эпиднадзора на национальном уровне



Источник: World Health Organization. Global surveillance during an influenza pandemic - version 1. 28 Apr 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/global_pandemic_influenza_surveilance_apr09.pdf (с. 92 англ.).

В период пандемии

143. Двадцать седьмого апреля 2009 г. ВОЗ опубликовала дополнительное руководство по эпиднадзору с упором на оперативные аспекты выявления, лабораторного подтверждения, мониторинга и оценки случаев инфицирования пандемическим вирусом (H1N1) - 2009 *(21)*. В этом руководстве странам было рекомендовано укрепить свой потенциал эпиднадзора и диагностики гриппа и других острых респираторных инфекций, опираясь на существующие структуры и ресурсы для эпиднадзора.

144. По мере развития пандемии гриппа все увеличивающееся число заболевших в странах вследствие устойчивой передачи заразного начала среди населения крайне затрудняло, если не исключало, возможность лабораторного подтверждения в странах каждого случая заболевания *(22)*. В некоторых странах эта стратегия поглощала основную долю национального лабораторного и ответного потенциала, предоставляя ограниченные возможности для мониторинга и расследования тяжелых случаев и других исключительных событий. Более того, подсчет каждого случая заболевания уже не рассматривался как крайне важное дело в таких странах применительно к мониторингу либо уровня или характера риска, связанного с пандемическим вирусом, либо уточнения направленности наиболее подходящих ответных мер.

145. Именно по этим причинам в июле 2009 г. ВОЗ выпустила пересмотренный вариант промежуточных методических рекомендаций по эпиднадзору, применимых к глобальной пандемии в Фазе 6 *(23)*. Как и прежде странам было предложено включать в отчеты следующую информацию: выявление первых лабораторно подтвержденных случаев пандемической инфекции (H1N1) - 2009; еженедельное суммарное число случаев (если это реально выполнимо); описательная информация о ранних случаях; необычные события, которые могут свидетельствовать об изменении эпидемиологических и клинических характеристик пандемического вируса и данные вирусологического эпиднадзора. Было рекомендовано обеспечить лабораторное тестирование диагностического материала от больных с подозрением на пандемический грипп (H1N1) - 2009, особенно для подтверждения циркуляции инфекции в новых районах и для обследования тяжелых больных. В отношении стран, сталкивающихся с проблемой широкого распространения инфекции среди населения, в руководстве предлагалось сместить акцент с ведения учета отдельных случаев заболевания на формирование отчетности о статусе пандемии в общенациональном масштабе с использованием четырех качественных индикаторов. Государствам-членам, в которых действовали системы эпиднадзора за гриппом, было предложено направлять еженедельную количественную информацию о гриппоподобном заболевании и острой респираторной инфекции в тяжелой форме.

146. Одновременно с официальным заявлением Генерального директора от 10 августа 2010 г. о переходе к периоду после пандемии ВОЗ опубликовала руководство по эпиднадзору на данном этапе. Основной акцент в этих рекомендациях ставился на следующем: раннее выявление необычных событий, которые могут свидетельствовать о сдвиге в степени тяжести или особенностях болезни, связанной с гриппом, или о появлении нового вируса; определение и мониторинг исходных уровней заболеваемости тяжелыми респираторными инфекциями, включая степень их тяжести, бремя болезни и

последствия гриппа; описание и мониторинг уязвимых групп по наибольшему риску развития тяжелой формы болезни и выявление антигенных и генетических изменений у циркулирующих вирусов или проявление устойчивости возбудителя к противовирусным препаратам *(24)*.

Обмен вирусами и вирусологический эпиднадзор

147. Сеть GISN содействовала быстрому обмену и анализу образцов клинического материала, содержащего вирус, на всем протяжении пандемии; по состоянию на 5 июня 2010 г. 155 стран участвовали в обмене 26 066 образцов (изолятов вирусов и образцов клинического материала) с Сотрудничающими центрами ВОЗ. Запущенный в 2005 г. Проект ВОЗ по финансированию транспортировок помогал обмениваться образцами клинического материала и культурами вируса. В период пандемии H1N1 была оказана финансовая поддержка при транспортировке 316 отправлений из 81 страны на сумму более 400 000 долл. США. ВОЗ также предоставила странам с дефицитом необходимых ресурсов материалы для сбора образцов (тампоны для мазков и транспортную среду для вирусов).

148. В течение нескольких дней, как только стало известно о выявлении нового вируса гриппа A H1N1, Сотрудничающий центр ВОЗ, действующий на базе Центров США по контролю и профилактике заболеваний, разработал метод обратно-транскриптазной полимеразной цепной реакции (ОТ-ПЦР) и подготовил тест-наборы. В период с 1 мая 2009 г. по 10 августа 2010 г. было заготовлено 2168 тест-наборов для ПЦР-диагностики (примерно 1000 тестов на один комплект или более 2 миллионов аналитических тестов) для выявления пандемического вируса (H1N1) - 2009, которые могли быть бесплатно предоставлены по заявкам лабораторий во всем мире (в это количество входит 709 наборов, распространенных в Соединенных Штатах Америки).

149. Диагностическое тестирование и мониторинг эволюции вируса H1N1 были положены в основу ответных действий лабораторной сети на пандемию. Национальные центры по гриппу (НЦГ) протестировали более двух миллионов образцов клинического материала в период 2009 г. и обеспечили направление в FluNet еженедельных данных вирусологического эпиднадзора. С 19 апреля 2009 г. по 19 мая 2010 г. Сотрудничающие центры ВОЗ выявили более 11 000 положительных образцов диагностического материала. Первоначально главная задача заключалась в анализе образцов материала от всех подозрительных случаев в самые сжатые сроки для оценки уровня распространенности пандемического вируса. Эта информация была направлена в распоряжение НК и позволила ВОЗ отслеживать и формировать отчетность о лабораторно подтвержденных случаях инфицирования. Лабораториям было также предложено пересылать любые образцы материала, оказавшиеся положительными на грипп А, но не поддающиеся субтипированию, в Сотрудничающие центры ВОЗ для дальнейшего подтипирования. По мере развития пандемии лабораторное тестирование проводилось на более выборочной основе в поддержку эпидемиологического мониторинга. Помимо этого, приоритетное внимание было уделено исследованию вирусов, выделенных от более тяжелых больных, чтобы уточнить, насколько изменения в составе вируса сказываются на протекании болезни в более тяжелой форме.

150. В течение всего периода пандемии ВОЗ обращалась с просьбой к лабораториям в странах направлять репрезентативные положительные образцы клинического материала и содержащие пандемические вирусы пробы в распоряжение Сотрудничающих центров ВОЗ для определения их характеристик. Сотрудничающие центры провели антигенный и генетический анализ более 6000 изолятов вирусов за период с 19 апреля 2009 г. по 19 мая 2010 года. Входящие в состав GISN Сотрудничающие центры, Головные контрольные лаборатории и другие учреждения-партнеры совместно работали над получением пандемических вакцинных вирусов-кандидатов и определением состава реактивов *(25)*; в течение 32 дней с момента объявления Чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международной значение, в качестве пандемического вакцинного вируса был отобран вирус, подобный гриппу A/California/7/2009, и первый вакцинный реассортантный вирус-кандидат стал доступен для разработки вакцины. Через несколько недель, 13 июля 2009 г., был предложен первый из нескольких наборов реактивов для тестирования специфической активности вакцины против пандемического вируса (H1N1) - 2009. Благодаря молекулярному секвенированию для отслеживания возможного дрейфа вируса удалось установить, что все вирусы обладают антигенными характеристиками, аналогичными вакцинному вирусу A/California/7/2009, за исключением единственной незначительной генетической изменчивости *(25)*. Наряду с этим в рамках GISN осуществлялся активный мониторинг устойчивости пандемического вируса H1N1 к противовирусным препаратам, а также были разработаны протоколы изучения чувствительности возбудителя к противовирусным средствам. Определение лекарственной чувствительности усиливало значимость национальных и глобальных рекомендаций по назначению противовирусных препаратов. Серологические исследования, проведенные Сотрудничающими центрами ВОЗ, позволили получить фактические данные о перекрестной реакции нейтрализующих антител к пандемическому вирусу у взрослых более старшего возраста, что способствовало выяснению наблюдаемых особенностей болезни.

151. С самого начала пандемии ВОЗ координировала проведение регулярных телеконференций с входящими в состав GISN лабораториями и другими партнерами, такими как Международная федерация фармацевтических фирм-изготовителей и ассоциаций, Сеть производителей вакцин в развивающихся странах, и другими международными производителями. Начиная с июня 2009 г. по инициативе ВОЗ стали проводиться ежегодные технические телеконференции с упором на реассортантные вирусы пандемического гриппа (H1N1) - 2009, которые представлялись наиболее оптимальными для использования в производстве вакцины. Этот подход с позиции сотрудничества содействовал разработке реассортантных вакцинных вирусов-кандидатов непосредственно сразу после выхода рекомендации по поводу штамма вакцинного вируса.

152. Руководствуясь полученными достижениями, члены Комитета по обзору считали, что в данном случае сеть GISN сработала хорошо и содействовала своевременному выявлению, идентификации, первичной характеристике и мониторингу пандемического вируса (H1N1) - 2009, и впервые за все время деятельность всемирной инициативы в отношении лабораторий координировалась должным образом в течение длительного периода. Ранее полученный опыт купирования вспышек H5N1 служил поводом для

вопросов относительно готовности некоторых стран свободно обмениваться вирусными изолятами.

153. Опыт работы в условиях пандемии позволил усилить диагностический потенциал некоторых стран путем децентрализации тестирования и совершенствования микробиологических методов на национальном уровне *(13)*. Вместе с тем, в некоторых странах потенциал действующих лабораторий не позволял в полной мере выполнять требования, возникавшие в период пандемии. В связи с вирусологическим эпиднадзором имели место и географические пробелы, особенно в Африке. На начальном этапе пандемии в африканских странах действовали восемь НЦГ, пять из которых были активно работающими. По сообщению Секретариата ВОЗ, многие страны в регионах Африки, Юго-Восточной Азии и Восточного Средиземноморья обладают ограниченным лабораторным потенциалом. Во многих странах этот потенциал ограничен как на национальном, так и на субнациональном уровнях.

154. Согласно представленной Секретариатом ВОЗ информации, спустя примерно год после пандемии некоторые страны по-прежнему не располагали возможностями для выявления и регистрации случая пандемического гриппа (H1N1) - 2009. Во время пандемии даже хорошо оснащенные лаборатории сталкивались с проблемами, обусловленными отсутствием на местах соответствующих алгоритмов тестирования. На начальном этапе пандемии в некоторых случаях на тестирование всех больных с подозрением на пандемический грипп были израсходованы все запасы реактивов, что помешало проведению обследований тяжело больных и госпитализированных пациентов. Силами Сотрудничающих центров были обеспечены ограниченные поставки реагентов для нужд НЦГ; хотя все эти материалы были также доступны для приобретения через коммерческую сеть, малообеспеченные страны не располагали средствами, чтобы их приобрести. Это говорит о необходимости предоставления более справедливого доступа к лабораторным реактивам.

155. Возросший объем образцов клинического материала, направляемых в лаборатории для тестирования, вызвал в странах определенные затруднения. В малообеспеченных странах с ограниченным потенциалом лаборатории были перегружены работой в своем стремлении удовлетворить клинические потребности внутри своих стран и обеспечить направление образцов материала для глобального эпиднадзора. По данным Секретариата, такое положение объясняется тем, что многие лаборатории оказались не включенными в глобальную аналитическую сеть, так как соответствующая информация не была введена в базу данных FluNet. Некоторые страны пересмотрели свои стратегии лабораторных исследований; к примеру, забор образцов диагностического материала и их тестирование с большей степенью вероятности осуществлялся от пациентов с тяжелой формой болезни или факторами риска. Такой подход, по-видимому, ассоциировался с недостаточной объективностью при оценке доли циркулирующих вирусов гриппа, относящихся к категории сезонных, а не пандемических, и говорит о необходимости более тесного взаимодействия между лабораторной службой и системой клинического эпиднадзора.

156. Эти потребности в эпиднадзоре еще больше повышают значимость укрепления как регионального, так и локального потенциала. Секретариат ВОЗ представил информацию о

продолжающихся усилиях по наращиванию потенциала лабораторий, функционирующих на базе НЦГ, а также по включению дополнительного числа НЦГ и Сотрудничающих центров в состав GISN. От начала пандемии этот список пополнился 10 НЦГ и одним Сотрудничающим центом (в Китае). Кроме того, продолжаются усилия по автоматизации процесса сбора данных и формированию отчетности, улучшению системы подготовки кадров в лабораториях и использованию таких мер, как проверка обеспечения качества. Это будет способствовать обобщению эпидемиологической и лабораторной информации, совершенствованию региональных и глобальных мер реагирования на инфекционные заболевания и обеспечению сотрудничества между НЦГ. Секретариат отметил, что такие усилия должны продолжаться, но, в свою очередь, потребуют дальнейшей поддержки со стороны государств-членов и других доноров.

Глобальный мониторинг заболеваний и формирование отчетности

157. Начиная с 24 апреля 2009 г. ВОЗ стала размещать на своем веб-сайте данные эпиднадзора в глобальном масштабе. Эти "ситуационные новости" вывешивались практически ежедневно вплоть до 6 июля 2009 года. В каждой сводке приводились данные о суммарном количестве лабораторно подтвержденных случаев и смертей, а также впервые выявленных случаев. Кроме того, давалась информация о географическом распределении случаев.

158. После выхода в свет в июле 2009 г. пересмотренного руководства по эпиднадзору система глобальной отчетности о заболеваниях претерпела ряд изменений. Во-первых, странам уже не нужно было обследовать и направлять извещения об индивидуальных случаях инфицирования пандемическим гриппом (H1N1) - 2009. Таким образом, табличные данные о суммарном числе случаев и смертей фиксировались с распределением по региону ВОЗ с явной оговоркой, что эти статистические данные являлись "заниженными в сравнении с реальными цифрами". Региональные отчеты о летальных исходах продолжали поступать вплоть до 1 августа 2010 г., хотя два региона не направляли обновленную информацию в течение нескольких месяцев подряд. Отчетность на национальном уровне была инициирована в следующих целях: получение качественных индикаторов глобального географического распространения заболеваемости гриппом; определение тенденций возникновения острых респираторных инфекций; определение интенсивности процесса течения респираторных заболеваний и анализ воздействия пандемии на функционирование служб медико-санитарной помощи. По мере прогрессирования пандемии качественные индикаторные данные обычно еженедельно поступали из 60-80 стран. По мнению Секретариата ВОЗ, такая качественная информация оказывалась ценной и зачастую более своевременной, чем количественные данные. Наряду с ситуационными новостями ВОЗ выпускала более подробные резюме с описанием эпидемиологической ситуации на страницах *Еженедельного эпидемиологического бюллетеня*.

159. Пандемия гриппа 2009 г. оказалась первым крупным глобальным событием, мониторинг которого проходил применительно к ММСП. Еженедельные усилия ВОЗ по сопоставлению и анализу данных глобального эпидемиологического, вирусологического и клинического эпиднадзора и формированию отчетности по ним означали, что мир

оставался в курсе событий в реальном масштабе времени. Вместе с тем, в своей работе по мониторингу пандемической болезни ВОЗ и страны столкнулись со сложнейшими проблемами. В информации, представленной на рассмотрение Комитета по обзору и отражающей опыт стран и Секретариата ВОЗ, особое внимание обращалось на несколько вопросов.

- Отсутствие механизма для систематической отчетности на основании стандартизованных данных странового уровня было особенно проблематичным. Вместо него ВОЗ активно занималась сбором и анализом данных из всевозможных источников, включая НК, сообщения СМИ, опубликованные доклады и информацию, размещенную на официальных веб-сайтах национальных органов и учреждений здравоохранения, публикации в коллективно рецензируемых журналах, материалы неформальной технической сети, координируемой ВОЗ, и данные вирусологического эпиднадзора в рамках FluNet *(26)*. Несмотря на то, что эти усилия позволили получить полезную информацию, они оказались неэффективными и затратными.

- Результаты подсчета случаев заболевания и смертей ассоциировались с данными, которые действительно регулярно направлялись государствами-членами и были полезными при отслеживании начального этапа распространения пандемии. Статистика учета заболевших и летальных исходов, тем не менее, была неполной и отражала только какую-то часть от общего спектра болезни.

- Более полезная информация на раннем этапе развития пандемии поступала благодаря проведению телеконференций с пострадавшими странами и участвующими в этой работе партнерами, а также с GISN и неформально действующей клинико-эпидемиологической сетью.

- Была особенно востребована подробная информация в целях мониторинга эпидемиологических и клинических характеристик пандемического вируса, а также проведения важнейших оценок риска. Однако из многих стран, особенно не имеющих своих систем эпиднадзора за сезонным гриппом, не поступали исчерпывающие данные эпиднадзора о гриппоподобном заболевании и тяжелой острой респираторной инфекции. Сведения о качественных индикаторах давали какое-то представление, но были неизменно ограниченными. Примечательно то, что данные вирусологического мониторинга (то есть процент образцов материала с положительными результатами тестирования) использовались в качестве косвенного индикатора, свидетельствовавшего о наиболее интенсивной передаче инфекции.

- Страны с уже существующими системами эпиднадзора не обеспечивали сбор данных по единому формату, что затрудняло или исключало возможность сравнения данных между странами. Например, толкование факторов риска по тяжести течения клинической формы болезни имели высокоприоритетное значение, но страны нередко сгруппировывали свои данные с использованием разных сочетаний факторов риска, что усложняло процесс дезагрегации данных.

По аналогии с этим, страны также пользовались разными принципами деления на возрастные группы.

- Иногда возникали задержки при направлении данных рутинного эпиднадзора за пандемией со странового на региональный уровень ВОЗ и с регионального на глобальный уровень ВОЗ.

- Несмотря на то, что в ММСП четко определены обязанности стран в отношении минимального эпиднадзора, не совсем понятным представляется требование, предъявляемое к рутинному мониторингу событий после их отражения в отчетных материалах.

160. Потенциал эпиднадзора за болезнями и осуществляемые при этом подходы варьировались в широких пределах между странами. Использовались подходы как с позиции активного эпиднадзора (например, расследование очагов возникновения острой респираторной инфекции среди населения или мониторинг госпитализированных больных), так и пассивного эпиднадзора, в том числе наблюдение за распространением слухов в некоторых странах. В результате анализа системы эпиднадзора ВСРБ было отмечено, что "мониторинг события по каналам СМИ был исключительно важен для стран на начальном этапе для определения тенденций распространения болезни в глобальном масштабе".

161. В идеальном случае в распоряжении стран должны быть программы по расследованию новых событий и мониторингу хода работы во времени; что из перечисленного будет играть наиболее активную роль в любой момент времени, будет зависеть от стадии развития пандемии в конкретной стране.

162. Мероприятия, связанные с эпиднадзором и отчетностью, отвлекают на себя большие ресурсы. Комитет по обзору констатировал, что предъявляемые к информации требования должны быть ограничены до необходимого минимума; еженедельные запросы на конкретные данные оказались слишком обременительными для некоторых стран, особенно для тех, эпидемиологический и лабораторный потенциал которых имеет свои ограничения. Официальные лица в странах не всегда были убеждены в том, что представляемые ими денные действительно анализируются и используются, особенно по мере прогрессирования пандемии. Если возникала потребность в корректировке, то такие изменения должны были оперативно доводиться до сведения стран и других партнеров.

163. Несмотря на существование множества проблем, была реальная возможность отслеживать эволюцию пандемии и определять значимые тенденции. Немаловажной целью по-прежнему является улучшение международных подходов к организации эпиднадзора, включая определение минимального набора данных, который позволит получать более качественные и своевременные данные. Продолжающаяся практика подсчета числа заболевших давала менее полезную информацию, чем это можно было сделать путем расчета показателей госпитализации, развития осложнений и регистрации летальных исходов в странах, пострадавших от пандемии на ее раннем этапе.

E. Оценка тяжести пандемии

164. Степень тяжести пандемии является важной составляющей планирования накануне пандемии и определения круга мероприятий в ответ на эту ситуацию. Минимизация обусловленных пандемией уровней заболеваемости и смертности неразрывно связана с пониманием тяжести ее течения. Несмотря на отсутствие разногласий в отношении важности оценки тяжести течения пандемии, менее ясной представляется методика измерения самой степени тяжести.

Оценка степени тяжести: соображения в отношении этапа до наступления пандемии

165. Вопрос о тяжести течения пандемии обсуждался в ходе работы над составлением руководства ВОЗ от 2009 г. по обеспечению готовности к пандемии гриппа и ответным действиям. Состоявшееся в апреле 2008 г. глобальное консультативное совещание ВОЗ по стратегиям борьбы с пандемическими болезнями ссылалось на несколько проблемных вопросов, возникающих при оценке степени тяжести. Во-первых, тяжесть течения пандемии, скорее всего, будет варьировать от страны к стране ввиду существующих различий в работе служб здравоохранения, состоянии здоровья населения и социально-поведенческих факторах. Во-вторых, недостаточный объем достоверной и полной информации на ранних этапах пандемии будет ограничивать корректность любой оценки степени тяжести. Оценки в странах, пострадавших от пандемии в первую очередь, могут оказаться недостаточно специфичными для их использования в странах, которые еще не вошли в число пострадавших. В-третьих, по мере развития пандемии ее тяжесть, по-видимому, будет со временем меняться. Следовательно, оценкой степени тяжести пандемии необходимо будет заниматься на непрерывной основе.

166. Участники консультативной встречи рассмотрели различия между оценками степени тяжести, проведенными на глобальном и национальном уровнях. Была выражена поддержка по поводу проведения всесторонней оценки тяжести на глобальном уровне на основании прямых последствий пандемии для состояния здоровья. По всей вероятности, косвенные последствия, специфика которых определяется целым рядом экономических, культурологических и поведенческих факторов, отражали бы ситуацию лишь в той или иной стране. Тем не менее, странам можно было бы предложить провести оценки на национальном уровне с использованием отвечающей их потребностям любой комбинации индикаторов, как связанных, так и не связанных со здоровьем. Обсуждались и такие потенциальные связанные со здоровьем индикаторы степени тяжести глобальной пандемии, как показатели летальности. По общему признанию участников, многие предложенные индикаторы было бы не так просто измерять в какой-то мере из-за отсутствия своевременных данных и возможных систематических ошибок по причине недовыявления, неполной отчетности и ошибочной классификации случаев заболевания.

167. В ходе консультативного совещания был поднят вопрос о реальной перспективе разработки глобального индекса тяжести. Было отмечено, что в США такой инструмент разработан и представляет собой пятибалльную шкалу под названием Индекс тяжести пандемии. В его основе лежат такие эпидемиологические характеристики, как уровень летальности (от <0,1 до >2%), в качестве индикаторных переменных (*27*). ВОЗ пришла к

выводу, что из-за вариабельности в глобальном масштабе не представляется возможным использовать предварительно заданный индекс.

168. Участники консультативной встречи не занимались определением окончательного набора индикаторов, но отметили, что интерпретация первичных данных будет основываться на целом ряде индикаторов состояния сектора здравоохранения и рекомендаций экспертов. Конкретный набор этих индикаторов будет отражать комплексный характер степеней тяжести, но все же позволит ВОЗ получать качественную оценку тяжести в глобальном масштабе с использованием простой трехуровневой шкалы (легкая, средней тяжести и тяжелая).

169. Вопрос об оценке тяжести пандемии снова рассматривался в мае 2008 г. на проходившем под эгидой ВОЗ глобальном консультативном совещании по доработке руководства по обеспечению готовности к пандемии. В связи с ретроспективными оценками прошедших пандемий использовалась терминология в диапазоне от "легкой" (применительно к сезонному гриппу) до "тяжелой" (при заметно возросших уровнях смертности и заболеваемости, как это имело место в период пандемии 1918-1919 гг.). Оценка, в основе которой лежат прямые последствия для здоровья, по-видимому, будет отражать различные исходы при их сравнении как между странами, так и внутри стран независимо от того, каким образом определялась степень тяжести. Консультанты выразили свою обеспокоенность по поводу того, что числовая шкала (например, в диапазоне 1 - 10) может означать степень сходимости, которая была недосягаемой, и стать причиной сложных формулировок. Участники консультативных встреч до начала пандемии пропагандировали идею простоты и использования показателей того, что является неизвестным. Проходившее в мае 2008 г. консультативное совещание связало оценки степени тяжести с национальным потенциалом функционирования системы эпиднадзора в условиях пандемии *(17)*.

170. В отчете о консультативном совещании был сделан вывод о том, что при проведении самых первых оценок степени тяжести необходимо пользоваться более чем одним индикатором и готовить для интерпретации экспертами качественную и количественную информацию. Опыт Египта в разработке индекса тяжести также обсуждался на Конференции ВОЗ в Канкуне в 2009 г. и на Совещании ВСРБ на уровне министров в Каире.

171. В итоге работы этих консультативных совещаний в начале пандемии было выпущено Руководство ВОЗ по обеспечению готовности к пандемии гриппа и ответным действиям *(28)*. В названном Руководстве говорилось о том, что одной из ключевых функций ВОЗ в период пандемии будет получение первичных оценок тяжести пандемии с учетом наблюдаемых эффектов на состояние здоровья. Количественные и качественные данные о воздействии на здоровье будут использоваться для расчета степени тяжести на основании трехбалльной шкалы в диапазоне "легкая/промежуточная/тяжелая". В качестве потенциальных индикаторов степени тяжести для здоровья в Руководстве перечислялись такие составляющие, как показатель летальности, необычно тяжелый характер заболеваемости, неожиданные характеристики смертности и необычные осложнения.

Подход ВОЗ к оценке степени тяжести в период пандемии

Ускоренная глобальная оценка степени тяжести

172. На начальном этапе пандемии 2009 г. ВОЗ предприняла попытку провести ускоренную глобальную оценку степени тяжести на основании информации, связанной с состоянием здоровья. Секретариат ВОЗ передал в распоряжение Комитета по обзору подробное описание основных мероприятий и результатов работы, имеющих прямое отношение к проведенной им оценке тяжести (Дополнение VII). ВОЗ стремилась получить информацию от пострадавших в первую очередь стран посредством проведения серии телеконференций (29 апреля 2009 г., 5 мая 2009 г. и 1 июня 2009 г.), а также путем организации двусторонних дискуссий.

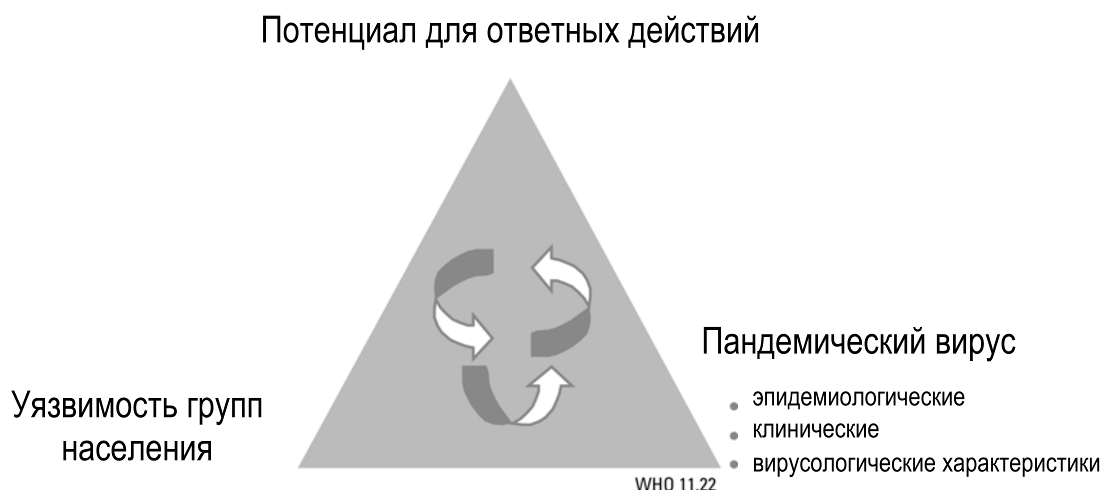
173. Секретариат ВОЗ информировал Комитет по обзору о том, что, несмотря на поступившие из Мексики, США и Канады предварительные данные о последствиях для здоровья в результате внутренней оценки положения дел, проведенной 28 апреля 2009 г., специалисты пришли к заключению, что для оценки степени тяжести на глобальном уровне этих данных недостаточно.

174. Проходившие 29 апреля 2009 г. и 5 мая 2009 г. телеконференции оказались примечательными ввиду того, что к этому времени уже поступили сведения о множестве зарегистрированных клинических случаев заболевания, начиная от Мексики, столкнувшейся с тяжелой и быстро распространяющейся формой болезни, и заканчивая Канадой и США, сообщавших о спорадических случаях заболевания в легкой форме *(29, 30)*. Участники телеконференции высказывали предупреждения о том, что потребуется какое-то время для получения более полной картины циркулирующего вируса. В течение трех недель с момента объявления ЧСЗМЗ 11 мая 2009 г. ВОЗ представила описание факторов, влияющих на тяжесть течения пандемии в целом *(31)*. Специалисты Организации отметили, что, если не учитывать вспышку в Мексике, то вирус H1N1, как правило, служит причиной возникновения "заболевания в очень легкой форме у практически здоровых в других отношениях людей", но "у лиц с сопутствующей патологией инфекция носит более тяжелый и жизнеугрожающий характер".

175. ВОЗ приступила к разработке табличных шаблонов для сбора данных в целях систематизации информации об эпидемиологических, клинических и вирусологических характеристиках первых случаев заболевания в пострадавших странах. Эти табличные данные были направлены НК для верификации, причем многие страны отметили наличие закономерностей в представлении информации о характеристиках пандемического вируса. Для оценки степени тяжести 29 мая 2009 г. ВОЗ опубликовала состоящую из трех разделов концептуальную схему (Рис. 3.4): (i) пандемический вирус и его вирусологические характеристики и эпидемиологические и клинические проявления; (ii) уязвимость населения, отчасти связанная с уровнем уже сформировавшегося иммунитета к вирусной инфекции у населения, и доля лиц с факторами риска по заболеванию в тяжелой форме или летальному исходу и (iii) потенциал для ответных действий (доступность медобслуживания, коммуникация и социальная мобилизация) и заблаговременное

обеспечение готовности и реагирование *(32)*. Были также обобщены поступившие в ВОЗ эпидемиологические, клинические и вирусологические данные.

Рисунок 3.4 Схема оценки степени тяжести



176. Комитет по чрезвычайной ситуации (КЧС) 5 июня 2009 г. провел обзор отчетных материалов о региональных телеконференциях, которые проходили 1 июня и на которых участники обсудили предложенную шкалу и индикаторы степени тяжести, включая сравнительные оценки уровней активности сезонного гриппа, а также перспективу внедрения шкалы определения степени тяжести на глобальном или страновом уровне. Участники выразили беспокойство по поводу использования термина "в легкой форме" применительно к классификации степени тяжести; в качестве альтернативного варианта обсуждался вопрос об использовании такой терминологии, как "болезнь средней тяжести/отягощенная/в тяжелой форме".

177. На проходившем 11 июня 2009 г. заседании КЧС поднимались вопросы о степени тяжести и влияющих на нее факторах. Члены Комитета согласились с тем, что тяжесть пандемии следует характеризовать как "среднюю". Их рекомендации по поводу степени тяжести заключались в следующем:

- На этом раннем этапе связанное с пандемией заболевание характеризуется течением средней тяжести, означающим его самокупирование в подавляющем большинстве случаев без проведения специфического лечения, но, как и при сезонном гриппе, у незначительной доли заболевших может развиться тяжелая форма, которая редко заканчивается смертью.

- Тяжесть течения заболевания будет тщательно отслеживаться с использованием целого набора параметров, включая течение болезни, генетическую структуру вируса, воздействие на службы здравоохранения и влияние на социально-

экономическую ситуацию в целом. ВОЗ обязана информировать мир об изменениях в степени тяжести развития пандемии.

178. Одновременно с переходом к Фазе 6 пандемии 11 июня 2009 г. Генеральный директор объявила о том, что в целом тяжесть пандемии является "умеренной" *(33)*, что говорит о следующем:

(1) Большинство населения переболело инфекцией без необходимости госпитализации или оказания медицинской помощи.

(2) В основном национальные уровни тяжелой формы болезни, судя по всему, были сопоставимы с уровнями, наблюдаемыми в периоды подъема заболеваемости сезонным гриппом в отдельных территориях.

(3) В целом стационарные учреждения и системы медико-санитарной помощи в большинстве стран справились с ситуацией, хотя некоторые территории столкнулись с серьезными трудностями.

Проведение оценок на постоянной основе в течение всего периода пандемии

179. ВОЗ постоянно проводила повторные оценки тяжести пандемии в качестве неотъемлемой части мероприятий по эпиднадзору и мониторингу. Вновь полученные данные были проанализированы Группой по оценке тяжести пандемии, в состав которой входили сотрудники ВОЗ из канцелярии Генерального директора, Глобальной программы по гриппу, департамента Глобального предупреждения и ответных действий, отдела коммуникации и координаторы ВОЗ по обеспечению работы виртуальной клинической, эпидемиологической и вирусологической сети. Для оценки пяти параметров тяжести служили несколько индикаторов (то есть какое число людей заболевает; какое число людей умирает; какова доля тяжелых случаев; наблюдаются ли сдвиги в группах риска и как система здравоохранения справляется с ситуацией?). Поиск информации осуществлялся по таким каналам, как веб-сайты министерств здравоохранения, страновые отчеты, обзоры литературных источников и телеконференции с отечественными специалистами здравоохранения, включая регулярные телеконференции с представителями вирусологической, эпидемиологической и клинической сети. ВОЗ также занималась расследованием всевозможных необычных событий, попавших в отчетные материалы в процессе развития пандемии, включая первый случай формирования устойчивости к противовирусным препаратам (июль 2009 г.) *(34)* и мутацию вируса (на участке D222) в трех случаях с летальным исходом *(35)*.

180. Силами официальных органов и учреждений в странах и регионах (например, Европейского центра по контролю и профилактике заболеваний) была получена эпидемиологическая характеристика пандемии, в том числе проведены оценки риска ее тяжести, и, как правило, полученные ими выводы были аналогичны заключениям ВОЗ.

Оценка степени тяжести среди подгрупп населения повышенного риска

181. Подгруппы населения повышенного риска подвергались либо более высокой вероятности оказаться инфицированными или больными, либо перехода заболевания в более тяжелую форму в результате инфицирования. Несмотря на то, что группы риска по сезонному гриппу были четко определены, во время пандемии появились и другие группы повышенного риска. Такие факторы, как беременность, определенная этническая принадлежность и, возможно, ожирение, были установлены как ведущие к повышенному риску (хотя роль смешивающих факторов пока что определена не полностью). ВОЗ информировала Комитет по обзору о том, что данные по этим переменным не всегда оказывались доступными в отношении заболевших на начальном этапе пандемии, что, в свою очередь, ограничивало возможности выявления связанных с этим рисков.

Проблемы на пути оценки степени тяжести

182. Задача проведения силами ВОЗ оценок степени тяжести осложнялась эволюцией ситуации с этой болезнью, сбоями в поступлении свежих данных (например, задержки с отчетностью из-за большого объема невыполненных заявок на лабораторное тестирование) и непосредственной связью со многими переменными в отношении конкретных учреждений, территорий или установленных сроков.

183. Степень тяжести было сложно рассчитать в реальном масштабе времени. Во-первых, данных по некоторым переменным в наличии не было на начальном этапе пандемии, даже в случае тех стран, где действует отлаженная инфраструктура здравоохранения. Во-вторых, важную роль играют исходные данные для индикаторных переменных, но многим странам они были неизвестны. Вариабельность поступающих данных о степени тяжести (например, из очагов с тяжелой формой болезни) на всем протяжении пандемии, возможно, отражала изменения в исходных уровнях вследствие пересмотра подходов к эпиднадзору и методов тестирования. По мере того, как проводились ретроспективные количественные сравнительные оценки с использованием скорректированных исходных уровней, некоторые из этих отличий были не столь существенными, как это казалось на первый взгляд. В-третьих, не связанные с болезнью факторы могут негативно сказываться на процедуре подсчета индикаторных переменных. Например, показатели госпитализации во многом зависели от национальных протоколов. Мексика и другие страны в начале пандемии госпитализировали всех заболевших для контроля дальнейшего распространения болезни. Другие национальные протоколы предписывали стационирование всех беременных женщин, из-за чего искусственно завышались показатели госпитализации. И наоборот, в странах с ограниченным потенциалом для проведения стационарного лечения отмечались более низкие показатели. Аналогичная ситуация наблюдалась тогда, когда проводились расчеты показателей поступления в отделение интенсивной терапии (ОИТ) или использования аппаратов ИВЛ, что во многом зависело от вместимости ОИТ и наличия оборудования для ИВЛ. В отношении всех переменных было очень сложно разграничивать характер воздействия связанных с конкретными популяциями или субпопуляциями параметров охраны здоровья и инфраструктуры системы здравоохранения (включая доступность медобслуживания).

184. Комитет действительно соглашается с тем, что процесс определения характеристики степени тяжести является комплексным и сложным с точки зрения его применения на практике. Вместе с тем, Комитет по обзору отметил, что отсутствие последовательного, измеряемого и доступного для восприятия отображения тяжести представляет собой проблему. Даже если определение пандемии исключительно зависит от ее распространенности, то ее степень тяжести воздействует на выбор того или иного курса действий, принимаемые персональные решения и общественный интерес. Надлежащая оценка степени тяжести на национальном и субнациональном уровнях стала насущной потребностью. Данные такого рода будут служить информационной подпиткой при анализе силами ВОЗ глобальной ситуации по мере ее развития, тем самым предоставляя Организации реальную возможность своевременно информировать государства-члены. Использование ВОЗ таких полуколичественных терминов, как "в легкой форме" и "средней тяжести", привело к еще большему замешательству: эти категории определены не были, но использовались для описания как клинической формы болезни в конкретных случаях, так и тяжести самой пандемии.

185. Секретариат ВОЗ согласился с тем, что такая оценка тяжести пандемии, которая была бы оперативной, научно приемлемой и в принципе применимой ко многим странам и субпопуляциям в мире, по-прежнему является непростой задачей. По сообщениям ВОЗ, Организация планирует вернуться к этому вопросу в сотрудничестве с экспертами и государствами-членами.

186. Комитет по обзору принял к сведению утверждения критиков о том, что ВОЗ переоценила серьезность пандемии. Вместе с тем, в основе уместной критики должно лежать только то, что было известно на тот момент времени, а не то, о чем стало известно позднее. Комитет пришел к выводу, что фактические данные о первых вспышках склоняли мнения многих экспертов ВОЗ и других организаций в пользу того, чтобы ожидать потенциально более тяжелую пандемию, чем оказалось впоследствии. Степень тяжести пандемии оставалась неопределенной в течение всех месяцев середины 2009 г., то есть еще довольно долго, когда, к примеру, странам необходимо было размещать заказы на вакцину. Обсервационное исследование с участием 899 пациентов, проходивших стационарное лечение в Мексике в период с конца марта по 1 июня 2009 г., показало, что от пандемического гриппа (H1N1) - 2009 большей частью пострадали молодые люди. Пятьдесят восемь пациентов (6,5% от проходивших стационарное лечение) находились в тяжелом состоянии на фоне развития осложнений, включая тяжелый острый респираторный дистресс-синдром и шоковое состояние. Уровень смертности среди тяжело больных составил 41% *(36)*. Эти статистические данные вызывали серьезную тревогу. И даже зарегистрированный показатель смертности на уровне одной трети от вышеназванного среди тяжело больных в Канаде вызывал беспокойство *(37)*. В США в августе 2009 г. Консультативный совет по научно-техническим проблемам при Президенте США выпустил доклад, в котором позиционировался возможный сценарий в диапазоне 30 000 - 90 000 смертей от пандемического гриппа (H1N1) - 2009 в одних только США *(38)*. Срединная точка и верхний уровень по этому сценарию оказались в пять раз выше, чем полученные в период после пандемии расчетные данные фактического числа смертей *(39)*. Даже в таком случае 87% смертей имели место среди лиц моложе 65 лет при превышении риска наступления летального исхода среди детей и работающих взрослых в 7 и 12 раз, соответственно, если сравнивать с периодом подъема заболеваемости обычным сезонным гриппом *(39)*.

187. Комитет по обзору также изучил связанные с этим критические замечания относительно того, что ВОЗ исключила категорию тяжести из своего стандартного определения пандемии. Комитет по обзору проанализировал варианты руководства ВОЗ по обеспечению готовности к пандемии, опубликованные в 1999 г., 2005 г. и 2009 году. Несмотря на то, что ни в одном из этих трех руководств по обеспечению готовности не дается четкого определения понятия *пандемии* (то есть выражения со словами "стандартное определение"), в каждом документе содержатся фразы, которые *описывают* ситуацию, означающую наступление состояния пандемии. При описании условий пандемии в документе от 1999 г. по этому поводу приводится следующая фраза: "устойчивые характеристики болезни, указывающие на вероятный подъем заболеваемости в тяжелой форме и смертности, по меньшей мере, в одном сегменте населения". В документах от 2005 г. и 2009 г. отличительные особенности пандемии представлены в контексте разъяснения ее отдельных фаз (Рамка 3.4).

Рамка 3.4 Формулировки, использовавшиеся при разработке планов ВОЗ обеспечения готовности к пандемии в 1999 г., 2005 г. и 2009 г., применительно к терминам *пандемия* и *степень тяжести*

1999 г.: "**Пандемия** будет объявлена тогда, когда новый подтип вируса станет причиной нескольких вспышек, по меньшей мере, в одной стране и распространится на другие страны, ассоциируясь при этом со сходными характеристиками болезни, которые служат основанием считать, что, как минимум, среди одного сегмента населения, вероятно, будут наблюдаться заболеваемость в тяжелой форме и высокая смертность". (*1*)

2005 г.: "В основе различий между *фазой 3, фазой 4* и *фазой 5* лежат результаты оценки риска пандемии. Могут быть приняты во внимание различные факторы и их относительная значимость с учетом современного уровня научных знаний. Соответствующие факторы могут включать в себя скорость передачи заразного начала, географическое местоположение и масштаб распространенности, тяжесть течения болезни, присутствие генов, входящих в состав человеческих штаммов (если прослеживается происхождение от штамма животного), и/или другие научные параметры".

> "Период пандемии. **Фаза 6.** Более интенсивная и устойчивая передача инфекции среди населения в целом.
> *Обоснование.* Серьезный пересмотр глобальной стратегии эпиднадзора и ответных действий ввиду неизбежного риска пандемии во всех странах. Масштаб общенационального реагирования на ситуацию главным образом определяется глубиной воздействия болезни в пределах страны". (*2*)

2009 г.: "Пандемия гриппа возникает, когда вирус гриппа животных, против которого у большинства людей нет иммунитета, приобретает способность вызывать появление устойчивых цепочек передачи вируса от человека человеку, что приводит к вспышкам заболевания среди всего местного населения. Такой вирус может распространиться по всему миру и вызвать пандемию".

> "**ФАЗА 6.** Пандемия в стадии развития. В дополнение к критериям, определенным для Фазы 5, один и тот же вирус вызвал устойчивые вспышки болезни на уровне общин, по меньшей мере, еще в одной стране другого региона ВОЗ".
>
> "Обеспечение ранней оценки степени тяжести пандемии и ее последствий для здоровья.
>
> В целях содействия правительствам в определении уровня вмешательства, которая требуется в рамках принимаемых ими ответных мер, ВОЗ предоставит в возможно короткие сроки оценку степени тяжести пандемии. Как отмечается в разделе 1.1., пандемии гриппа в прошлом были связаны с различными уровнями заболеваемости и смертности …
>
> Вероятно, что информация в начале пандемии будет ограниченной, а спрос на информацию будет в то же самое время расти. Чтобы надзор за пандемией обеспечивал достаточную информацию и данные для оценки степени тяжести, странам для подготовки к надзору за пандемией необходимо проанализировать свой существующий надзорный потенциал с целью устранения недостатков. Необходимые компоненты эффективной системой надзора за пандемическим гриппом будут включать:
>
> - раннее выявление и расследование;
> - всестороннюю оценку; и
> - мониторинг.
>
> Потенциальные медико-санитарные показатели степени тяжести пандемии:
>
> - показатель летальности
> - необычно высокая заболеваемость
> - неожиданная структура смертности
> - необычные осложнения". (*3*)

(1) Influenza pandemic preparedness plan. The role of WHO and guidelines for national and regional planning. Geneva: World Health Organization; April 1999.

(2) WHO global influenza preparedness plan. The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics. Geneva: World Health Organization; 2005. http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf.

(3) Готовность к пандемическому гриппу и ответные меры: Руководство ВОЗ. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 25 апреля 2009 г. http://www.who.int/csr/disease/influenza/pipguidance2009/ru/index.html.

188. Среди факторов, которые могут быть приняты во внимание при переходе от одной фазы к другой, в руководстве от 2005 г. есть фраза "тяжесть заболевания". В тексте руководства от 2009 г. подчеркивается важность предоставления информации о степени тяжести, но со всей очевидностью эта дискуссия развивается в отрыве от критериев перехода от одной фазы к другой. Несмотря на многочисленные упоминания категории тяжести, ни в одном из этих методических документов понятие тяжести явным образом не фигурирует в качестве необходимого элемента, определяющего понятие "пандемия". Однако четкое разграничение между встречаемостью пандемии и ее тяжестью появилось только в самом последнем варианте вышеупомянутых трех руководящих документов. ВОЗ не без основания могла бы утверждать, что она не вносила изменения в стандартное

определение пандемии. В то же время категория тяжести упоминалась в ранее опубликованных описаниях того, что следует ожидать от пандемии, а также в качестве элемента, который можно рассматривать при переходе от одной фазы к другой. Те изменения в отношении категории тяжести, которые были учтены в варианте руководства от 2009 г., а не внесенные в последний момент поправки, были результатом многолетних усилий ради того, чтобы методические рекомендации были более ясно очерчены и применимыми на практике.

189. Потенциально расплывчатое разграничение между стандартным определением пандемии и описанием того, что следует ожидать от пандемии, следовало из повествования, размещенного на веб-сайте ВОЗ. Описание, вывешенное 4 мая 2009 г. на веб-сайте ВОЗ, гласило: "Пандемия гриппа возникает с появлением нового вируса гриппа, к которому у человечества не сформировался иммунитет, что сопровождается всемирными эпидемиями и огромным числом смертей и заболевших. По мере развития глобальной транспортной сети, а также из-за дальнейшей урбанизации и скученности населения, вызываемые новым вирусом гриппа эпидемии склонны быстро распространяться по всему миру". Позднее в тот же день ВОЗ внесла изменения в имеющееся на веб-сайте описание того, что следует ожидать от пандемии, удалив оттуда ссылки на предполагаемую степень тяжести пандемии и не оставив никакой пометки на веб-сайте о том, что в текст были внесены поправки. Очередные изменения были предприняты 5 мая, когда в описание были включены следующие положения:

- "Эпидемия болезни происходит тогда, когда число случаев этой болезни превышает норму. Пандемия - это эпидемия болезни во всемирном масштабе".

- "Пандемии могут проявляться в легкой или тяжелой форме болезни и служить причиной смерти, тогда как степень тяжести пандемии может меняться по мере ее развития…"

- "Если пандемия оказалась тяжелой и широко распространенной со временем, то мы можем также рассчитывать…"

- "Эффективное обеспечение готовности к пандемии во всем мире является непреложным условием для смягчения последствий пандемии, особенно если она становится тяжелой".

190. Обсуждение этого вопроса также приведено в разделе, посвященном аспектам коммуникации.

F. Меры в сфере общественного здравоохранения

191. Меры, направленные на ограничение передачи пандемического гриппа, в целом можно разделить на фармацевтические (например, противовирусные препараты и вакцины) и нефармацевтические, которые часто называют мерами в сфере общественного здравоохранения (например, изоляция пациентов и карантин лиц, контактировавших с инфицированными). Меры нефармацевтического характера использовались во время пандемий XX века, но их эффективность не подвергалась систематической оценке. Такие

меры, как изоляция, карантин, инфекционный контроль и социальное дистанцирование широко использовались во время вспышки ТОРС в 2003 году. И хотя полученный в ходе эпидемии с ТОРС опыт выявил важную роль, которую могут играть такие меры, их воздействие во время пандемии было не столь очевидно в связи с иными клиническими, эпидемиологическими и вирусологическими характеристиками гриппа.

Разработка руководства ВОЗ по мерам в сфере общественного здравоохранения до начала пандемии

192. При разработке как руководства по обеспечению готовности к глобальной пандемии 2005 г., так и руководства 2009 г. проводились глобальные консультации для рассмотрения мер борьбы с болезнью, которые можно было бы использовать в период пандемии, и имеющейся фактологической базы данных. Первая консультация в марте 2004 г. состоялась в связи с растущей озабоченностью относительно все возрастающего географического распространения высокопатогенного птичьего гриппа H5N1. Был обсужден ряд актуальных тем, в числе которых следующие:

(i) эффективность мер в сфере общественного здравоохранения связана с характеристиками пандемического вируса (такими, как основной способ передачи, скорость поражения различных возрастных групп и длительность вирусовыделения);

(ii) затраты, имеющиеся ресурсы, легкость осуществления в рамках существующих инфраструктур и приемлемость для общественности - все это основные факторы, которые рассматриваются в процессе принятия решений об использовании мер в сфере здравоохранения;

(iii) какого-либо одного вмешательства недостаточно. Необходимо осуществление множественных вмешательств в совокупности;

(iv) в период пандемии необходимо проводить постоянный обзор ситуации для корректировки предпринимаемых действий в соответствии с возможными изменениями в эволюции вируса;

(v) для обоснования и поддержки осуществляемых действий необходимо улучшать наращивание потенциала в сфере общественного здравоохранения и модернизацию нормативно-правовой базы общественного здравоохранения;

(vi) при осуществлении действий в сфере общественного здравоохранения необходимо соблюдать защиту прав человека;

(vii) эффективность осуществления мер в наивысшей степени зависит от надлежащей коммуникации и социальной мобилизации.

193. Частью подготовленного в 2005 г. ВОЗ глобального плана по обеспечению готовности к гриппу являлось приложение, где в виде таблиц подробно излагались рекомендации по вмешательствам в сфере общественного здравоохранения нефармацевтического характера (*40*). Соответствующая фактологическая база данных

подробно представлена в двух прошедших экспертное рецензирование публикациях (*41, 42*). И, что особенно важно, было отмечено, что разработка обоснованного руководства неотъемлемым образом связана с теми знаниями, которые существуют относительно того, каким образом происходит распространение гриппа, и относительно конкретных факторов риска, которые могут оказать воздействие на трансмиссивность (например, факторы организма-хозяина, патогенные факторы, факторы окружающей среды). Следует, однако, отметить ограниченность имеющихся данных, которые часто носят наблюдательный или описательный характер и основываются на исследованиях сезонного гриппа.

194. Вторая глобальная консультация по стратегиям борьбы против пандемической болезни была созвана в апреле 2008 года. В задачу консультации входило проведение обсуждений мер и доказательств, подтверждающих их эффективность, а также практические вопросы осуществления таких вмешательств в различных условиях. Рабочие группы подготовили исходные документы по различным стратегиям борьбы с болезнью. Результаты обсуждений на этом консультативном совещании были использованы при проведении Глобальной консультации по обеспечению готовности к пандемии в мае 2008 г., в ходе которой снова были рассмотрены меры в сфере общественного здравоохранения. Обсуждения и документы этих консультаций предоставили базу для разработки руководства ВОЗ в 2009 г. по обеспечению готовности к пандемическому гриппу и ответным мерам (*28*), в котором излагаются меры в сфере общественного здравоохранения, которые можно применить на индивидуальном уровне/уровне домашних хозяйств, на уровне общества/местного сообщества и на уровне международных поездок/торговли. В Приложении 1 к руководству (*28*) приводится краткий обзор отдельных фактологических данных по этим мерам. В целом следует отметить, что данные по мерам в сфере общественного здравоохранения весьма ограничены.

Руководство и меры в сфере общественного здравоохранения в период пандемии

195. Двадцать седьмого апреля после второго совещания Комитета по чрезвычайной ситуации Генеральный директор объявила, что, "учитывая широкое распространение вируса, сдерживание вспышки не представляется возможным. В настоящее время основное внимание следует уделить мерам по смягчению последствий". Во временной рекомендации, представленной 28 апреля после того, как ВОЗ объявила о наступлении Фазы 4, предлагается не закрывать границы и не ограничивать международные поездки. Рекомендация состояла в том, что считается разумным для заболевших отложить международные поездки, а для лиц, у которых начали развиваться симптомы по окончании международной поездки, обратиться за медицинской помощью. Эта рекомендация не менялась и звучала во многих обращениях Генерального директора.

196. Страны применили целый ряд мер как в сфере общественного здравоохранения, так и фармацевтических мер в целях замедления скорости распространения вируса или смягчения последствий. В поддержку этих мер ВОЗ в период пандемии выпустила серию руководящих документов. Эти документы отражали развитие ситуации по мере поступления информации, особенно это касалось опыта стран, которые были поражены на

раннем этапе пандемии. Ниже представлены некоторые из основных руководящих документов:

- Советы по применению масок в бытовой обстановке в случае вспышки гриппа A (H1N1) (*43*).

197. Предварительное руководство, опубликованное в мае 2009 г., признавало факт недостатка убедительных данных по использованию масок среди населения на бытовом уровне, но рекомендовало использовать маски по своему усмотрению. Подчеркивалось также, что при использовании масок следует тщательно соблюдать правила их ношения и утилизации, поскольку неправильное их использование может усугублять передачу вируса. Аналогичные рекомендации были даны во многих странах.

- Вмешательства поведенческого характера, направленные на сокращение передачи и воздействия вируса гриппа A (H1N1): основа для коммуникационных стратегий (*44*).

198. Этот документ, опубликованный в июне 2009 г., был разработан в ответ на поступившие от стран просьбы о предоставлении технического руководства по подготовке коммуникативных стратегий, сообщений и других материалов. Основной акцент в этом документе был сделан на индивидуальный уровень и уровень семьи; в документе приводится также контрольный перечень для оценки ситуации в отношении стратегической коммуникации.

- Консультация ВОЗ по прерыванию занятий в школах и ограничению проведения массовых мероприятий в целях смягчения последствий эпидемии нового вируса гриппа A (H1N1) (*45*).

199. В этом документе в кратком виде изложено содержание телеконференции, которую ВОЗ провела 27 мая 2009 г., в которой принимали участие должностные лица в сфере общественного здравоохранения из шести стран и другие эксперты. На телеконференции было уделено внимание опыту и первым урокам, извлеченным из вспышек пандемического гриппа A (H1N1) - 2009 в бытовых условиях или в условиях закрытых помещений. В документ также включены рекомендации по применению мер общественного здравоохранения.

- Сокращение передачи вируса пандемического гриппа (H1N1) - 2009 в условиях школы (*46*).

200. В этом втором документе, который рассматривает ситуацию в школе, опубликованном в сентябре 2009 г., ВОЗ сформулировала более всеобъемлющие рекомендации по сокращению передачи вируса гриппа в школах. Опыт пандемии гриппа (H1N1) - 2009 во многих странах показал, что школы могут явиться фактором, усиливающим передачу вируса как в стенах школы, так и в более широких рамках, с выходом за ее пределы (*47*). В документе предлагается основа для рассмотрения национальными и местными органами здравоохранения и руководящими органами, занимающимися вопросами школ, при разработке руководства по планированию действий

в отношении пандемии и принятию решений с целью сокращения заболеваний пандемическим гриппом (H1N1) - 2009, связанных с нахождением в школьной среде. В документе подытожена информация, полученная по эффективности мероприятий по закрытию школ в отношении сокращения передачи вируса пандемического гриппа (H1N1).

- Предварительные рекомендации по планированию в отношении массовых мероприятий в контексте пандемического гриппа (H1N1) - 2009 (*48*).

201. В период пандемии некоторым странам приходилось готовиться к массовым мероприятиям с участием международных участников, таким как Хадж 2009 г., Зимние олимпийские игры в Канаде и Кубок мира по футболу в Южной Африке. ВОЗ выпустила предварительные рекомендации в ноябре 2009 г. после рассмотрения этого вопроса Виртуальной междисциплинарной консультативной группой ВОЗ по массовым мероприятиям. Доклад основывался на ранее разработанных рекомендациях и докладах от стран, которые уже были затронуты пандемией. В докладе был предложен подход с точки зрения оценки риска факторов, которые необходимо принять во внимание. Страны также разработали специальное руководство по социальным мерам в соответствии с их конкретными потребностями; например, руководящие органы Саудовской Аравии разработали подробный план мероприятий по проведению Хаджа (*49*).

Опыт стран по проведению мер общественного здравоохранения

202. Страны осуществляли целый ряд действий в сфере общественного здравоохранения. Такие действия не предпринимались по отдельности, а скорее как "пакет" мер, направленных на сокращение передачи и потенциальное замедление циркуляции вируса. В целом органы здравоохранения поощряли соблюдение личной гигиены (например, мытье рук) и гигиены органов дыхания, хотя рекомендации варьировались в зависимости от принятых индивидуальных и культурных норм. В Мексике, которая была затронута на ранних стадиях пандемии, школы закрывались в масштабах всей страны, тогда как в большинстве стран решение о закрытии школ обычно принималось на местном уровне, а иногда основывалось на национальных рекомендациях. Комитет явился свидетелем ряда анекдотических фактов, например, некоторые страны считали, что закрытие школ замедляло распространение вируса среди населения. Кроме того, по данным анализа, проведенного в ряде стран на ранних этапах пандемии, предполагалось, что закрытие детских садов и начальных классов школы могло произвести "значительный эффект" в сокращении передачи вируса, хотя и при значительных экономических и социальных потерях (47). Вместе с тем, следует подробнее изучить вопрос о полезности закрытия школ. Рекомендации по отказу от проведения массовых мероприятий варьировались в разных странах; Комитет отметил, что планирование должно строго основываться на оценке риска, а не на "общих" рекомендациях.

203. Страны предпринимали различные подходы к мерам медицинского контроля на границе. Это могли быть плакаты и памятки с информацией, пассивный скрининг, в рамках которого лиц, совершающих поездки, просили сообщать об имеющихся у них симптомах, и измерение температуры для выявления потенциальных случаев гриппа. В ряде стран пришли к выводу о том, что осуществление обследования на границе не будет

являться эффективной мерой в замедлении распространения высокотрансмиссивного штамма вируса гриппа, и что эта мера потребует значительных ресурсов, которые можно с большим успехом применить в других областях борьбы с болезнью. Другие страны, особенно некоторые островные государства, считали, что проведение обследования на границе в сочетании с другими мерами привлечения внимания к этой проблеме и мерами, принимаемыми по завершении поездок, могут замедлить распространение вируса.

204. Международная ассоциация воздушного транспорта (ИАТА), члены которой являются работниками наиболее крупных пассажирских и грузовых авиалиний, указала на то, что столь различные подходы стран к пограничному контролю вносят путаницу в работу авиалиний. Не все страны широко оповещают о предпринимаемых ими мерах, и пилоты не знают, чего ожидать при посадке. Эта проблема росла как снежный ком, увеличивая время на подготовку к обратному рейсу и нарушая график работы перевозчиков. Секретариат подчеркнул, что хотя ВОЗ обращалась неоднократно к странам за информацией, такая информация не всегда поступала. Комитет отметил, что организация мер пограничного контроля является прерогативой суверенных государств, но это может оказывать воздействие на другие страны и международные поездки и торговлю. По мнению Комитета, принятие таких мер должно основываться на фактических данных.

205. Во время пандемии в ряде стран была проведена оценка осуществления и эффективности действий в сфере общественного здравоохранения. Тем не менее, поскольку такие действия не предпринимаются по отдельности, трудно определить, за счет каких именно мер произошли улучшения, что вносит неопределенность в существующую базу данных. Комитет предлагает ВОЗ осуществлять координацию обзора всех этих исследований и оценок с целью дальнейшей корректировки руководств и обоснования проведения будущих научных исследований.

G. Фармацевтические вмешательства

Противовирусные препараты

Руководство ВОЗ

206. Впервые ВОЗ рассмотрела роль противовирусных препаратов в качестве меры против пандемии гриппа в 2002 г., что привело к публикации в 2004 г. Руководства ВОЗ по использованию вакцин и противовирусных препаратов во время пандемий гриппа (*50*). Это руководство явилось основой для дальнейших публикаций: в 2006 г. - по клиническому руководству использования противовирусных препаратов в лечении птичьего гриппа H5 у человека (*51*) и в 2007 г. - Предварительный протокол ВОЗ: операции по быстрому реагированию с целью сдерживания начального проявления пандемического гриппа (*52*).

207. Поскольку вирусы гриппа A (H1N1) - 2009 устойчивы к адамантанам (ингибиторам ионных каналов M2), ингибиторы нейраминидазы были основными противовирусными препаратами, которые использовались во время пандемии. Осельтамивир (препарат, принимаемый перорально) и занамивир (ингаляционное лекарственное средство) наиболее часто использовались в клинических условиях.

Запас противовирусных препаратов на глобальном и региональном уровнях в рамках ВОЗ

208. Начиная с 2005 г. при планировании действий в ответ на пандемию гриппа учитывалась возможность осуществления операции по быстрому реагированию с целью прекращения вспышки на этапе самого раннего ее проявления и предупреждения ее распространения. Основным элементом этой стратегии было создание запаса противовирусных препаратов, заблаговременное, тщательно продуманное их складирование с предусмотрением организационных мер по быстрой доставке запаса к месту вспышки болезни.

209. В 2006 г. компания "Roche", производитель противовирусного препарата Тамифлю (осельтамивир), дала согласие предоставить безвозмездно пять миллионов доз в качестве резерва, которые можно использовать при развертывании операций по быстрому сдерживанию. Три миллиона доз хранились компанией "Roche"в двух местах: в Базеле, Швейцария, и в г. Джоппа, Мэриленд, США. Кроме того, два миллиона доз этого препарата были выделены ВОЗ для хранения в штаб-квартире ВОЗ, региональных бюро и в Сети складских хозяйств для хранения и экстренной доставки гуманитарных грузов по линии Организации Объединенных Наций (UNHRD) в Дубае, Объединенные Арабские Эмираты. ВОЗ работала совместно с компанией "Roche"над разработкой условий организации выдачи лекарственных средств из резервного запаса, а также над процедурами их эффективного распределения. Каналы связи были созданы на всех уровнях, начиная от непосредственно организационных мероприятий до принятия решений на высшем уровне, и был также разработан план действий.

210. ВОЗ провела серию консультаций и тренировочных занятий с оперативными партнерами, такими как Всемирная продовольственная программа Организации Объединенных Наций (учреждение ООН, ответственное за управление складским хозяйством в Дубае), с целью апробации процедур, которые будут использоваться в операции по быстрому сдерживанию. Неотъемлемой составной частью этих занятий являлось распределение запасов вакцин. В ходе выполнения занятий также учитывались сложные потребности в отношении отгрузки и транспортировки препаратов на места, с тем чтобы обеспечить такое положение вещей, при котором эти процедуры будут понятны для всех и могут быть активированы в чрезвычайной ситуации без промедления. При выявлении проблем проводились необходимые корректировки.

211. В 2008 г. эти планы были задействованы, когда в средствах массовой информации появилось сообщение о подозрении на передачу вируса птичьего гриппа (H5N1) от человека человеку в Индонезии. И в то время, когда ВОЗ занималась проверкой этой информации, были начаты действия, которые необходимо было совершить перед выдачей и распределением препаратов из запаса. ВОЗ в короткие сроки определила, что это сообщение не имело под собой никакого основания, в связи с чем не было необходимости производить распределения резервного запаса. Вместе с тем, этот опыт явился замечательной возможностью подтвердить надежность планов.

212. В апреле 2009 г. после получения ВОЗ первых сообщений о новых случаях инфекции гриппа H1N1 из Мексики и США, была рассмотрена возможность проведения операции по быстрому сдерживанию. Двадцать девятого апреля 2009 г. в штаб-квартире ВОЗ была создана Целевая группа по противовирусным препаратам для надзора за распределением имеющегося запаса. Поскольку осуществление сдерживания оказалось невозможным, 2 мая 2009 г. ВОЗ приняла решение направить препараты из глобального запаса, предназначенные для проведения курсов противовирусного лечения, в страны с низким уровнем дохода в количестве 71 и в Мексику. Этот запас был создан для использования в ходе операции по сдерживанию. Несмотря на это, компания "Roche" выразила согласие с новыми условиями распределения этого запаса, по которым препараты отсылались во многих направлениях по всему миру. Третьего мая был согласован список стран-получателей. Был разработан план распределения этих препаратов в координации с целевыми странами, который отвечал правовым требованиям, способствовал ускорению процессов отгрузки, процессов оформления получения грузов на таможне и координации расписания доставки с страновыми бюро ВОЗ и с агентами, занимающимися отправкой грузов. Ниже приводятся даты наиболее значительных событий:

3 мая 2009 г.: Начало обработки документации по отправке противовирусных препаратов

7 мая 2009 г.: Прибытие первых партий (в Гамбию, Эфиопию и Анголу)

15 мая 2009 г.: 80% запаса доставлено

25 мая 2009 г.: Прибытие последних партий (в Украину)

213. В дополнение к распределению глобального запаса, который находился на хранении у компании "Roche", Региональное бюро ВОЗ для стран Африки получило региональный запас, который находился на хранении в UNHRD в Дубае. Каждый из 46 государств-членов Африканского региона получило препараты на проведение 1000 курсов лечения и, в дополнение к этому, были получены препараты на 10 000 курсов лечения каждой Межстрановой командой поддержки в Африканском регионе. Региональное бюро для стран Африки и штаб-квартира ВОЗ осуществляли координацию в отношении этой ответной меры. Операции в UNHRD в Дубае начались 5 мая и закончились 20 мая 2009 года. В дополнение к поставкам противовирусных препаратов наборы для исследования респираторного синдрома были направлены во все государства-члены через посредство страновых бюро ВОЗ в период между маем и октябрем 2009 года.

214. За время, прошедшее после выдачи запаса препаратов, компания "Roche" пополнила как глобальный запас (тремя миллионами доз), так и региональный (двумя миллионами доз), находящийся в Дубае в соответствии с первичными условиями соглашения.

Программа ВОЗ по предварительной квалификации лекарственных препаратов

215. В целях содействия осуществлению закупок осельтамивира ВОЗ и другими организациями ООН, а также для облегчения доступа к непатентованному осельтамивиру в 2007 г. в рамках программы ВОЗ по предварительной квалификации лекарственных

препаратов был выпущен призыв к "Выражению заинтересованности". В результате была произведена предварительная квалификация одного препарата, произведенного индийской компанией Cipla (Ципла) (осельтамивир в капсулах). Второй призыв в отношении предварительной квалификации лекарственных препаратов был объявлен в июне 2009 г., для того чтобы сподвигнуть и других производителей подать заявку на предварительную квалификацию занамивира. В результате обоих призывов к настоящему моменту произведена преквалификация восьми противогриппозных препаратов от четырех производителей (Cipla, GlaxoSmithKline, Roche и Strides Arcolab).

Разработка нового руководства ВОЗ

216. Непосредственно после выделения вируса пандемического гриппа A (H1N1) - 2009 появилось сообщение о том, что этот новый вирус чувствителен к ингибиторам нейраминидазы (осельтамивиру и занамивиру). Санкционирование глобального рынка и наличие национальных и глобальных запасов позволяли предположить, что эти препараты сыграют важную роль в ответных мерах на пандемию и смягчении ее последствий. Тем не менее, разработка научно обоснованного руководства по лечению явилось трудной задачей и вызвало много споров по ряду причин, а именно:

(1) Отсутствие информации по клиническим характеристикам и лечению пандемического гриппа A (H1N1) - 2009 на начальном этапе пандемии.

(2) Большое количество опубликованных данных по использованию противовирусных препаратов содержится в проспективных исследованиях, касающихся острого самоизлечивающегося заболевания, которое встречается среди населения в целом, и такие данные могут не быть применимы к другим случаям, таким как тяжелая форма или осложненное заболевание или к условиям ограниченности ресурсов.

(3) Другие противовирусные препараты, экспериментальные или региональные, а также дополнительные лечебные средства имелись в наличии, но существует очень мало фактических данных об их эффективности.

(4) На протяжении пандемии продолжала появляться новая информация.

217. При разработке руководства использовался двухэтапный процесс. Сначала был предпринят независимый обзор имеющихся фактических данных. Данные как из систематических обзоров, так и полученные в ходе наблюдений, были подвергнуты оценке в соответствии с методологией сети GRADE (Системой градации качества анализа, разработки и оценки рекомендаций) (*53*). На втором этапе был созван комитет экспертов для разработки рекомендаций на основании проанализированных фактических данных. Руководство было размещено на вебсайте ВОЗ, при этом оно содержало описание использованного при разработке рекомендаций процесса, подробное описание рассмотренных фактических данных и проведенной оценки по GRADE, а также информацию о членах экспертого комитета, о их месте работы и декларации интересов. Руководство в предварительном виде было опубликовано в апреле и мае 2009 г., а официально - в августе 2009 года. Рекомендации по лечению основывались на

фактических данных, полученных в результате изучения сезонного гриппа, а также из данных исследований по наблюдению за лечением более серьезных инфекционных заболеваний, вызванных вирусом гриппа (H5N1). Пересмотренное руководство было опубликовано в феврале 2010 г. (*54*), и к этому времени уже существовали данные наблюдений за лечением серьезных заболеваний, вызванных вирусом пандемического гриппа (H1N1) - 2009. Эти новые данные свидетельствовали о корреляции между безотлагательным лечением с использованием одобренных ингибиторов нейраминидазы и улучшением клинических исходов.

Мониторинг эффективности противовирусных препаратов

218. ВОЗ осуществляла мониторинг двух аспектов эффективности противогриппозных препаратов при лечении пандемического гриппа (H1N1) - 2009. Во-первых, осуществлялся сбор информации по клинической эффективности и безопасности препаратов посредством тесного взаимодействия с клиницистами и учреждениями общественного здравоохранения. В этих целях регулярно проводились телеконференции в рамках клинических сетей, совещания не виртуального характера, на которых представлялись данные, и обзор данных публиковался в медицинских журналах. Кроме того, осуществлялся диалог с основными фармацевтическими производителями с целью получения данных об эффективности и безопасности препаратов в рамках проводимых клинических исследований и планового мониторинга безопасности лекарственных средств. Вся эта информация была взята за основу для разработки руководства, а также для создания других публикаций, таких как веб-обзоры. Эта информация явилась также убедительной фактологической базой, на основе которой можно было предоставлять поддержку и консультативную помощь государствам-членам.

219. Во-вторых, ВОЗ активно проводила мониторинг в отношении появления вирусов, устойчивых к противовирусным препаратам. Информацию получали от участников GISN ВОЗ, включая НЦГ и Сотрудничающие центры ВОЗ, а также от государств-членов в рамках отчетности в соответствии с ММСП. Этот механизм работал вполне слаженно. Дополнительная информация извлекалась из национальных правительственных вебсайтов, отчетов учреждений общественного здравоохранения и журнальных публикаций. Были проведены три глобальные телеконференции с участием ключевых лабораторий, учреждений и экспертов после опубликования обстоятельных докладов о случаях заболеваний. По итогам этих мероприятий ВОЗ свела воедино информацию по 285 случаям устойчивости к противовирусным препаратам, о которых поступили сообщения от 21 страны в период с июня 2009 по май 2010 года. Все эти случаи кроме одного характеризуются мутацией H275Y в нейраминидазе, которая, как было показано, наделяет вирусы устойчивостью к осельтамивиру, но не к занамивиру. Не было сообщений о рекомбинации между вирусом пандемического гриппа (H1N1) - 2009 и циркулирующим вирусом сезонного гриппа H1N1.

220. По меньшей мере 92 страны прислали более 20 000 клинических образцов, которые были исследованы, но подтверждение получили лишь эти 285 случаев, о которых поступили сообщения, что не говорит о широкой циркуляции вирусов пандемического гриппа (H1N1) - 2009, устойчивых к противовирусным препаратам. Тем не менее, были

три группы случаев, в которых произошла ограниченная местная передача вируса (чем обусловлены 19 из 285 случаев), и небольшое число других случаев, где могла произойти передача вируса от человека человеку. Клинические проявления были наиболее очевидны у лиц с высокой степенью иммунодефицита. Результаты сообщались в еженедельных сообщениях о ситуации с пандемическим гриппом, а именно в *Еженедельном эпидемиологическом бюллетене* и в эпизодических веб-обзорах.

Результаты

221. Необходимость распределения запаса противовирусных препаратов с уведомлением за короткий срок в неопределенной и стремительно меняющейся ситуации показала, насколько необходимо иметь значительное число доз вакцины, упакованной и готовой к отправке, но также иметь апробированные системы, процедуры и каналы коммуникации для мобилизации действий по проведению эффективной операции. Успех операции зависит от многопрофильной команды, работающей слажено в рамках различных организаций, во множестве различных мест, способной принимать ответственные решения на высоком уровне и обладающей достаточной гибкостью, для того чтобы корректировать действия в соответствии с меняющимися потребностями.

222. От стран были получены благоприятные отзывы относительно быстроты и полезности распределения препаратов, что свидетельствует о ценности заблаговременной подготовки. И хотя во время пандемии проводился мониторинг действенности и безопасности противовирусных препаратов, необходимо провести обзор их эффективности, рассмотрев все исследования, которые проводились в нескольких странах.

Вакцины

Консультативная помощь и рекомендации

223. Рекомендации по вакцинам и вакцинации были предоставлены Стратегической консультативной группой экспертов по иммунизации (SAGE). SAGE представляет доклады Генеральному директору по вопросам широкого диапазона, начиная от научных исследований и разработки вакцин до проведения иммунизации. SAGE уполномочена предоставлять рекомендации скорее стратегического, чем технического характера (*55*).

224. Деятельность SAGE организована по рабочим группам, которые функционируют в условиях ограниченных временных рамок и занимаются рассмотрением и предоставлением научно обоснованной информации и различных вариантов для рекомендаций, которые на этой основе разрабатывает SAGE. Впервые в рамках SAGE Специальная стратегическая консультативная рабочая группа по политике в области вакцин против вируса гриппа A (H1N1) (*56*) была созвана 29 апреля 2009 года. В противоположность другим рабочим группам SAGE и ввиду очевидной безотлагательности ситуации этап публичного призыва к предложению кандидатур на членство в группу был опущен. В состав группы вошли представители SAGE, Глобального консультативного комитета ВОЗ по безопасности вакцин и Комитета экспертов по биологической стандартизации для эффективной координации экспертной консультативной помощи. Информация, полученная в результате работы этой

специальной группы, легла в основу рекомендаций SAGE по вакцинации, выпущенных 19 мая 2009 г. (*57*), 7 июля 2009 г. (*58*) и 29 октября 2009 года (*59*).

Штаммы вакцин-кандидатов

225. Помимо мониторинга циркулирующих штаммов вируса гриппа и рекомендаций относительно состава вакцины против ежегодного сезонного гриппа GISN занимается выявлением и оценкой новых вирусов гриппа в отношении их пандемического потенциала. GISN предоставляет рекомендации относительно того, какие новые штаммы вируса гриппа можно использовать для разработки прототипа вакцин против пандемии и занимается также разработкой штаммов вакцинных вирусов-кандидатов, которые предоставляются на безвозмездной основе по заявке любому производителю.

226. Возникновение птичьего гриппа A (H1N1) подчеркнуло недостаточность существующих глобальных мощностей по производству противогриппозных вакцин для защиты населения мира против пандемии гриппа, несущей высокую угрозу летальных исходов. Кроме того, хотя большая часть штаммов вируса гриппа, обладающих пандемическим потенциалом, поступает в GISN из стран с низким и среднем уровнями дохода, доступ к пандемической вакцине, разработанной на основе этих штаммов, по-прежнему остается ограниченным для стран с высоким уровнем дохода, а также для тех стран, которые обладают своими мощностями по производству вакцины против гриппа.

227. Шестидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2007 г. предложила Генеральному директору ВОЗ созвать Межправительственное совещание в целях разработки основы для обеспечения широкого обмена вакцинными вирусами пандемического гриппа и справедливого доступа к вакцинам, которые в результате будут произведены (*60*).

228. Эти принципы доступа общественности к основной информации и бесплатного распространения штаммов вирусов для производства вакцины соблюдались в период пандемии гриппа A (H1N1) - 2009. Двадцать седьмого апреля 2009 г. информация о генной последовательности дикого вируса пандемического гриппа H1N1 стала общедоступной. К 8 мая 2009 г. образцы вируса дикого типа были разосланы из справочных лабораторий производителям вакцин в Европе или США, поскольку все они имели необходимые условия для обеспечения высокого уровня биологической защиты.

229. Первые вакцинные вирусы-кандидата, полученные в результате классической рекомбинации, были готовы для распространения 27 мая 2009 г., а первые штаммы, полученные с помощью методики обратной генетики, 22 июля 2009 года. Реассортантные вакцины вирусы-кандидаты были быстро распространены в соответствии с заявками среди всех производителей вакцин, имеющих лабораторные помещения с уровнем биологической защиты 2+.

230. Информация о последовательностях генов всех штаммов для производства вакцины была незамедлительно размещена во всех широко доступных базах данных.

Разработка вакцины

231. Когда появляется новый штамм вируса гриппа, прежде чем эффективная вакцина может быть разработана и применена, требуется предпринять ряд шагов. Первый шаг заключается в том, чтобы исключить возможность существующих вакцин против сезонного гриппа вызывать адекватный иммунитет к новому штамму. С этой целью образцы сыворотки, взятые у лиц, вакцинированных с помощью существующих вакцин против сезонного гриппа, исследуются на чувствительность к новому штамму. Организация этого процесса происходит через сеть Сотрудничающих центров ВОЗ и Головных контрольных лабораторий. К 7 мая 2009 г. стало ясно, что существующие вакцины против сезонного гриппа H1N1 не защищают против пандемического гриппа A (H1N1) - 2009 и что потребуется новая вакцина.

232. Вторым необходимым шагом является модификация дикого штамма таким образом, чтобы обеспечить эффективный рост в яйцах с целью дальнейшего использования для производства вакцины. Эта модификация также обеспечивает такое положение вещей, при котором вакцинный вирус в достаточной степени ослаблен, чтобы использовать его в условиях лабораторий с уровнем биологической защиты 2+. Используются два метода: классическая рекомбинация (реассортация) с высокопродуктивными штаммами, и патентованная технология "обратной генетики". Третий шаг - разработка референсного вирусного антигена и стандартизированной антисыворотки для проверки эффективности вакцины. Этот процесс требует координации между производителями, справочными лабораториями и регулирующими органами. Этот этап необязателен для живых аттенуированных вакцин против гриппа.

233. Заключительный этап состоит в клинических испытаниях на добровольцах для оценки безопасности и иммуногенности вакцины. Регулирующие учреждения выдают нормативно-правовое разрешение на маркетинг и широкое использование вакцины на основе результатов лабораторного тестирования и клинических испытаний.

234. ВОЗ провела первую телеконференцию с Сотрудничающими центрами и Головными контрольными лабораториями 27 апреля 2009 года. Во время телеконференций, которые проходили сначала с периодичностью двух раз в неделю, затем еженедельно, а затем раз в две недели, происходил обмен информацией по характеристике вируса, оценке риска и разработке и выбору штаммов вакцин вируса для производства. Первый реассортантный вирус-кандидат для создания вакцины был готов 27 мая 2009 г., а первые реагенты для оценки эффективности вакцины - 13 июля.

235. Первые вакцины были готовы для распределения к концу сентября 2009 г., 20 недель спустя после выделения вируса, от производителей в Китае, Венгрии и Австралии. В этих трех странах кампании по вакцинации начались, соответственно, 21 сентября, 29 сентября и 30 сентября. К 31 декабря 2009 г. были получены лицензии на производство вакцины против пандемического гриппа A (H1N1) - 2009 22 компаниями различных стран. Для сравнения, программы вакцинации против сезонного гриппа в развитых странах обычно ожидают широкомасштабного производства вакцины месяцев через шесть после выбора штамма вируса.

236. Пути регистрации, которые используются в разных странах, различны. Например, некоторые регулирующие органы зарегистрировали вакцины против пандемического гриппаА (H1N1) - 2009 как разновидность вакцин против сезонного гриппа. Европейское агентство по лекарственным средствам использовало предварительно согласованную процедуру, основанную на "пробной регистрации", ранее полученной компаниями Baxter, GlaxoSmithKline и Novartis для их вакцин-кандидатов против гриппа H5N1.

237. Почти все вакцины против пандемического гриппа A (H1N1) - 2009 получили лицензии на использование во всех группах населения старше одного года, включая беременных женщин.

Производство вакцины и безвозмездное ее предоставление

238. Для обеспечения доступа развивающихся стран к вакцине в случае пандемии гриппа H5N1 Всемирная ассамблея здравоохранения предложила ВОЗ создать запас вакцин. По состоянию на апрель 2009 г. два производителя вакцин, GlaxoSmithKline и Sanofi Pasteur, объявили о своем намерении передать, соответственно, 50 миллионов и 60 миллионов доз вакцины против гриппа H5N1, хотя каких-либо официальных соглашений относительно безвозмездного предоставления вакцин не было подписано.

239. Девятнадцатого мая 2009 г. Генеральный директор ВОЗ и Генеральный секретарь ООН провели совещание высокого уровня с главными административными сотрудниками всех известных производителей вакцин против гриппа с целью содействия справедливому доступу развивающихся стран к вакцинам против пандемического гриппа A (H1N1) - 2009. GlaxoSmithKline и Sanofi Pasteur дали согласие скорректировать свое намерение относительно безвозмездного предоставления вакцин против гриппа H5N1, заменив их на вакцины против пандемического гриппа A (H1N1) - 2009, при этом увеличив число доз до 150 миллионов.

240. В течение мая и июня 2009 г. ВОЗ провела обследование ситуации по производству запланированных вакцин против сезонного и пандемического гриппа компаниями-производителями. Результаты этой оценки были открыты для общественного внимания (*61*). Производителям был задан вопрос о том, смогут ли они зарезервировать 10% реального времени производства для приобретения учреждениями системы ООН - не обязательно на безвозмездной основе - вакцин. Многие производители были связаны соглашениями со странами с высоким уровнем дохода об авансовых закупках, в связи с чем, по оценкам, предполагалось, что в 2009 г. лишь очень ограниченное количество вакцин против пандемического гриппа A (H1N1) может подлежать закупке учреждениями системы ООН.

241. Переговоры с производителями и правительствами относительно безвозмездного предоставления вакцин были начаты в конце июля 2009 г., но проходили очень медленными темпами. Предполагалось, что будут заключены официальные соглашения не менее чем с четырьмя производителями и десятком правительств стран-доноров, и с примерно 100 правительствами стран-получателей. Было принято решение о том, что должна быть создана единая правовая основа, приемлемая для всех участников. Сначала ВОЗ проводила переговоры с GlaxoSmithKline, с предварительной договоренностью о том,

что достигнутое соглашение будет использоваться как типовой договор для других производителей. Договор о безвозмездном предоставлении вакцин компанией GlaxoSmithKline был подписан 9 ноября 2009 г., при этом первоначально начало поставки вакцин планировалось на конец 2009 года. CSL Австралия, MedImmune и Sanofi Pasteu подписали соглашения на тех же правовых условиях в декабре 2009 года. В январе 2010 г. было достигнуто юридическое соглашение о содействии осуществлению безвозмездного предоставления в отношении Novartis правительствами-донорами продукции Novartis, поскольку этот производитель отказался стать донором в рамках инициативы ВОЗ по распределению вакцин против пандемического гриппа.

242. После первых соглашений с производителями были достигнуты юридические соглашения с правительствами-донорами о безвозмездном предоставлении вакцины против пандемического гриппа A (H1N1) - 2009. США дали согласие 16 декабря передать вакцины безвозмездно из своих собственных запасов, вслед за чем Австралия (22 декабря), Франция (15 января 2010 г.), Бельгия (29 января 2010 г.), Швейцария (16 марта 2010 г.), Норвегия (19 марта 2010 г.), Италия (16 апреля 2010 г.), Соединенное Королевство (28 мая 2010 г.) и Сингапур (21 июня 2010 г.) последовали этому пример.

Потенциал по производству вакцин, справедливый доступ и передача технологии

243. Первое обсуждение между Генеральным директором ВОЗ и производителями вакцин с целью оценки производственного потенциала по изготовлению вакцин и сроков, а также с целью содействия справедливому доступу к вакцинам для развивающихся стран состоялось 29 апреля 2009 года. В этой телеконференции приняли участие производители из стран с высоким уровнем дохода, которые преимущественно являлись членами Международной федерации фармацевтических фирм-изготовителей и ассоциаций (IFPMA), а также производители вакцин из стран с низким и средним уровнем дохода, многие из которых являются членами Сети производителей вакцин в развивающихся странах (DCVMN). Вслед за этой телеконференцией последовало совещание высокого уровня, которое состоялось 19 мая 2009 г. между Генеральным директором ВОЗ, Генеральным Секретарем ООН и главными административными сотрудниками всех известных компаний по производству противогриппозных вакцин с целью содействия обеспечению справедливого доступа. За этим последовали еженедельные телеконференции между ВОЗ и всеми заинтересованными производителями. Со стороны производителей они были организованы IFPMA и DCVMN. Вне рамок IFPMA не было составлено ни одного соглашения с производителями о безвозмездном предоставлении вакцин, преимущественно в связи с тем, что первые вакцины против пандемического гриппа, зарегистрированные производителями DCVMN, появились лишь в середине 2010 года.

244. Существующих в глобальном масштабе возможностей по производству противогриппозных вакцин недостаточно для защиты более чем небольшой части населения мира. В 2006 г. ВОЗ разработала Глобальный план действий (GAP) по увеличению поставок вакцин против пандемического гриппа после проведения широких консультаций со всеми заинтересованными участниками по реассортантным вирусам-кандидатам для создания вакцины (*62*). В рамках GAP было предложено три стратегии по увеличению возможностей по производству вакцины против пандемического гриппа.

Первая стратегия предлагает увеличить охват вакциной против сезонного гриппа в глобальном масштабе с целью повышения спроса и стимулирования производителей инвестировать средства в производственные мощности для удовлетворения нового спроса. Вторая стратегия направлена на создание новых производственных площадей, в том числе в развивающихся странах. Третья стратегия направлена на проведение научных исследований и разработку новых противогриппозных вакцин, поскольку новые вакцины потенциально могут решить или, по меньшей мере, значительно облегчить проблему недостатка производственного потенциала.

245. В рамках второй стратегии ВОЗ начиная с 2007 г. предоставляла техническую и финансовую поддержку производителям в 11 странах с низким и средним уровнями дохода в целях освоения технологии по производству противогриппозной вакцины. ВОЗ провела переговоры о выдаче лицензии ВОЗ на живую аттенуированную противогриппозную вакцину на основе куриных яиц от производителя противогриппозных вакцин в Нидерландах, а также о заключении соглашения с институтом Российской Федерации по передаче материалов для обеспечения доступа к штаммам вируса, необходимым для производства вакцины. Эти соглашения позволили ВОЗ выдать подлицензии двум производителям в развивающихся странах (SII в Индии и GPO в Таиланде). Таким образом, производителям был обеспечен доступ к материалам, необходимым для производства живой аттенуированной противогриппозной вакцины, не только на благо местных рынков, но также и других развивающихся стран, не обладающих необходимым потенциалом для производства противогриппозной вакцины.

246. ВОЗ также вступила в сотрудничество с Нидерландским институтом вакцин (NVI) в качестве дополнительной меры поддержки в отношении укрепления потенциала. NVI является основной организацией, предоставляющей поддержку в сфере передачи технологии и технической консультативной помощи производителям вакцин в развивающихся странах. В рамках данного соглашения NVI разработал платформу для производства вакцин-кандидатов, а также стандартных оперативных процедур для производства, обеспечения качества и других мер, необходимых для оказания поддержки на заключительных этапах производства вакцин. Во время пандемии гриппа A (H1N1) - 2009 три производителя в странах с низким и средним уровнями дохода смогли получить лицензию на вакцины против пандемического гриппа, которые используются в их странах.

Производство вакцин против сезонного гриппа и против пандемического гриппа

247. Решение о том, чтобы приостановить производство вакцины против сезонного гриппа, с тем чтобы все производственные мощности можно было использовать для производства вакцин против пандемического гриппа, находится в руках производителей и основных закупщиков. Решение о том, чтобы производство вакцин против пандемического гриппа можно было с безопасностью уменьшить или приостановить в пользу вакцины против сезонного гриппа, также находится в руках производителей.

248. Ни SAGE, ни Комитет по чрезвычайной ситуации, созданный в рамках ММСП, не имеют обязательства в рамках круга своих полномочий предоставлять консультативную

помощь по вопросу о том, следует ли производить вакцину против возникшего вируса или о том, когда следует приостановить производство вакцины против сезонного гриппа в пользу вакцины против пандемического гриппа.

Распределение вакцин и распространение внутри стран

249. К концу осуществления Инициативы по распределению вакцины против гриппа H1N1 в сентябре 2010 г. существовали обязательства по безвозмездному предоставлению 200 миллионов доз вакцины против пандемического гриппа A (H1N1) - 2009, а в отношении 122,5 миллиона доз существовали контрактные обязательства. Существовали озаявленные намерения и обязательства о предоставлении 70 миллионов шприцев и 500 000 емкостей для утилизации острых расходных материалов (Becton-Dickinson безвозмездно предоставила ВОЗ 25 миллионов шприцев через AmeriCares; ЮСАИД безвозмездно предоставила ВОЗ 10,5 миллиона шприцев и 95 775 емкостей для безопасного удаления отходов. Остающиеся расходные материалы планировалось предоставить непосредственно странам). Существовал фонд средств в размере 57 млн. долл. США для покрытия расходов, связанных с перевозкой, и для оказания помощи странам в распространении и доставке предоставляющихся безвозмездно вакцин.

250. В первоначальные планы входило распространение 200 миллионов доз вакцины почти в 100 стран. Ввиду численности населения потенциальных стран-получателей и вероятного количества вакцин, которые будут иметься в распоряжении, Генеральный директор ВОЗ приняла решение предложить каждой имеющей право на получение вакцины стране достаточное ее количество для проведения иммунизации до 10% населения, что считалось достаточным для охвата вакцинацией медицинских работников и групп населения повышенного риска, включая беременных женщин. Вакцина подлежала доставке двумя партиями: объем вакцин в первой партии, достаточный для вакцинации 2% населения (например, медицинских работников), а остальная часть вакцин должна была поступить во второй партии. Небольшие страны должны были получить весь объем вакцин за одну перевозку (если этот объем составлял менее 100 000 доз) для сокращения операционных издержек; крупные страны должны были получить первую партию в меньшем объеме, чем для охвата 2% населения, с тем чтобы позволить всем остальным странам-получателям приобрести какое-то количество вакцин как можно в более короткие сроки.

251. До получения переданных в дар вакцин странам было предложено подписать договорной документ с ВОЗ и предоставить план распределения вакцин, который бы свидетельствовал о наличии стратегии по охвату целевых групп, а также достаточных объемов финансовых ресурсов, включая финансовую поддержку ВОЗ. К маю 2010 г. было подписано 84 договорных документа, но лишь 65 стран закончили формирование своих планов. Между концом февраля 2010 г., когда появилась возможность использовать предоставленные в дар вакцины, и концом мая 2010 г. 38,8 миллиона доз вакцин были распространены между 60 странами. Все дозы вакцин были посланы с достаточным количеством шприцев и контейнеров для утилизации острых расходных материалов. К концу мая 2010 г. почти все имеющие на это право страны в Америке, Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана получили вакцину. Лишь 19 из 44 имеющих на это

право африканских стран получили вакцину, оставшиеся страны не получили ее преимущественно в результате отсутствия завершенных планов распределения вакцин. В шести случаях произошла отсрочка доставки безвозмездно предоставленных вакцин вследствие задержки в странах-получателях с предоставлением административного разрешения на импорт вакцин.

252. В целом было распределено 78 миллионов доз вакцины против пандемического гриппа A (H1N1) - 2009 среди 77 стран. В Комитет по обзору поступили сообщения относительно задержки в распределении вакцин, и Комитет признал сложный и многофакторный характер причин такой задержки. Для улучшения ситуации в будущем необходимы комплексные меры по решению проблем, связанных с этими системными трудностями.

H. Руководящие документы ВОЗ

253. В начале пандемии уже существовали некоторые руководящие документы, включая: Глобальный план ВОЗ по обеспечению готовности к гриппу (2005 г.); промежуточный протокол ВОЗ: быстрые операции по сдерживанию первоначального возникновения пандемического гриппа (октябрь 2007 г.); Инфекционная профилактика и борьба со способными вызывать эпидемии острыми респираторными заболеваниями в службах медико-санитарной помощи (июнь 2007 г.); Готовность к пандемическому гриппу и уменьшение воздействия на группы беженцев и перемещенных лиц: Руководящие принципы ВОЗ для гуманитарных учреждений (май 2008 г.); Сокращение чрезмерной смертности от распространенных заболеваний во время пандемии гриппа (октябрь 2008 г.); и Руководящие принципы ВОЗ, касающиеся быстрого консультирования по фармакологическому ведению людей, инфицированных вирусом птичьего гриппа A (H5N1) (июнь 2006 г.).

254. Во время пандемии было опубликовано около 60 документов, причем большая часть из них - до августа 2009 года. Ранние документы, такие как руководство по использованию защитных масок, не основывались на новых данных; они, вероятно, были составлены и размещены на веб-сайте заранее в рамках обеспечения общей готовности к пандемии. В качестве альтернативы могли быть заключены договоренности о совместном опубликовании или совместном размещении на веб-сайтах с такими учреждениями, как Агентство Соединенного Королевства по охране здоровья или Центры борьбы с болезнями и профилактики болезней США.

255. На ранних стадиях пандемии не было общей для всей Организации стратегической оценки или приоритезации необходимого руководства; решения принимались скорее отдельными техническими подразделениями или в ответ на запросы стран. Было подготовлено значительное количество документов, но Генеральный директор решила, что для обеспечения точности и последовательности все документы должны были получить одобрение одного лица - помощника Генерального директора по безопасности в области здравоохранения и окружающей среде. Неудивительно, что в результате этого образовался большой объем неопубликованных документов.

256. В связи с этим количество опубликованных руководящих документов было ограниченным и несистематическим по охвату с пробелами в важных областях, таких как оценка мер, принимаемых на границах. Немного документов было переведено из-за отсутствия имеющихся средств. Эта трудность указывает на более широкую проблему отсутствия в ВОЗ средств на непредвиденные расходы для такой глобальной чрезвычайной ситуации. Поддержка поступила от заимствованного из других областей персонала, но такая ситуация может продолжаться только короткое время и не может охватить возросшие потребности, например, в отношении коммуникаций и перевода. В результате давления на выпуск документов были созданы группа и процессы для составления чрезвычайных руководящих принципов (SHOCDocs). Цель SHOCDocs заключалась в обеспечении качества с помощью коллегиального рассмотрения и в исключении избыточных или низкоприоритетных документов. Тем не менее, в выпуске многих публикаций все же произошли задержки .

257. ВОЗ выпустила несколько клинических руководств, но проблема задержек коснулась и их. Кроме того, ВОЗ провела телеконференции с клиницистами с целью обмена опытом, что было признано участниками как ценное мероприятие. Для будущих быстро развивающихся ситуаций ВОЗ следует рассмотреть наиболее эффективные способы обмена и передачи клинической информации, работая в партнерстве с клиническими экспертами, организациями и учреждениями.

258. Комитет по обзору отметил, что руководящие принципы были выпущены как штаб-квартирой, так и региональными бюро. Региональные бюро функционируют независимым образом и могут адаптировать руководство, полученное из штаб-квартиры, к своим конкретным ситуациям. Однако нет четкого механизма для обеспечения согласования таких руководящих принципов. ВОЗ следует создать возможности для обеспечения согласованности и последовательности руководящих принципов во всей Организации, признав в то же время, что условия в различных регионах и отдельных странах могут различаться.

I. Коммуникация

259. Возможности для быстрой и четкой передачи информации с помощью различных медиа-платформ (телевидение, радио, печать, Всемирная паутина) с учетом различий культур и на многих языках имеют важное значение для эффективного преодоления чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения. В данном разделе изучается функционирование внутренних и внешних коммуникаций ВОЗ во время пандемии. В нем изучается, как Организация использовала свои возможности во время перегрузки и приспособила свои обычные коммуникационные операции к передаче информации о риске и реагировала на внешнюю критику. Комитет по обзору провел собеседования с ключевыми сотрудниками в области коммуникаций в штаб-квартире и регионах и отметил в заявлениях и документах вклад коммуникаций в преодоление пандемии.

Повседневные операции

260. Коммуникационная деятельность в штаб-квартире является децентрализованной. Канцелярия Генерального директора имеет преданный делу коммуникаций персонал, который подчиняется директору Отдела коммуникаций. В кластерах имеются свои сотрудники по коммуникациям, которые располагаются либо в офисе помощника Генерального директора, либо в конкретных департаментах.

261. Группа Всемирной паутины имеет структуру, параллельную структуре штатов отдела коммуникаций. Общие коммуникационные страницы на веб-сайте, указанные на входе в сайт, включают медиа-центр, общую организационную информацию и темы, представляющие общий интерес. Они обрабатываются Группой Всемирной паутины, которая относится к Департаменту коммуникаций Канцелярии Генерального директора. Страницы, содержащие технические руководства, подробную информацию о научных совещаниях и событиях и доклады, обрабатываются сотрудниками конкретных департаментов. За все соответствующее содержание во Всемирной паутине в штаб-квартире отвечают помощники Генерального директора, а в региональных бюро - региональные директора.

262. Сообщения из средств массовой информации проверяются ежедневно. Сотрудники подразделений по коммуникациям оценивают, как информация о работе ВОЗ передается общественности и нуждаются ли сообщения в уточнении. Сотрудники по коммуникациям обращают внимание технических и старших сотрудников в своих департаментах на важные вопросы. В случае необходимости, эти вопросы передаются на рассмотрение старшему руководству.

Передача информации о риске

263. Во время чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения стратегия передачи информации о риске помогает заинтересованным лицам определить эти риски, выявить опасности, оценить слабые места и способствовать усилению устойчивости общины, повышая тем самым возможности для преодоления трудностей. Значение передачи информации о риске состоит в том, что она была определена как один из элементов возможностей, которые государства-участники должны создать в срок до 2012 г., установленный ММСП.

264. Стратегия ВОЗ в отношении передачи информации о риске основана на пяти принципах: планировании, транспарентности, раннем оповещении, доверии и восприятии. Используя опыт, приобретенный во время предыдущих вспышек, Организация разработала Руководящие принципы ВОЗ по передаче информации о вспышках заболеваний (2005 г.) и Руководство ВОЗ по планированию передачи информации о вспышках заболеваний (2008 г.). Эти руководящие принципы использовались во время всех мероприятий по подготовке, а не только во время чрезвычайных ситуаций.

265. ВОЗ также уточнила свои внутренние коммуникационные процедуры для чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения в ходе ряда учебных семинаров посредством разработки в 2006 г. пакета учебных материалов и проведения в

июне 2008 г. крупного мероприятия по безопасности в области общественного здравоохранения.

Начало пандемии

266. Объявление Генерального директора 25 апреля 2009 г. о начале ЧСЗМЗ явилось крупнейшей новостью для всех средств массовой информации. Являясь наиболее значительным рупором глобального общественного здравоохранения, ВОЗ оказалась под невероятным давлением, которое вынуждало предоставлять информацию и консультативную помощь. Организация стремительно мобилизовала свою коммуникационную структуру. Сотрудники по всей штаб-квартире сформировали централизованную "команду экстренного наращивания возможностей", под руководством Руководителя команды коммуникации для Департамента глобального оповещения и ответных мер в рамках Кластера по вопросам обеспечения здоровья населения и окружающей среды. На тот период времени должность Директора по коммуникации Канцелярии Генерального директора являлась вакантной.

267. На пике интереса средств массовой информации всего мира в мае более 45 должностных лиц по вопросам коммуникации отвечали штаб-квартире на запросы в рамках круглосуточной операции, которая координировалась с Региональными бюро. Еще до 15 человек отвечали на звонки, занимались организационными вопросами и координировали виртуальные пресс-конференции, радиовещание из студий и работу информационных технологических служб, предоставляемых журналистам, на местах. В начале пандемии сотрудники штаб-квартиры работали круглосуточно. Позднее, по ряду причин уменьшилось число сотрудников, работающих в ночное время. Среди таких причин - более длительный характер требуемых усилий, равно как и унакопившаяся усталость и семейные обязательства. Организация воспользовалась преимуществом разницы во времени между различными поясами и в полночь по Центральному европейскому времени переправляла звонки в ПАОЗ, а оттуда - в Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана, до тех пор, пока штаб-квартира не возобновляла своей работы на следующее утро. Структура экстренного наращивания возможностей по окончании шести недель была расформирована, а именно, в середине июня 2009 г., и большая часть сотрудников вернулись к работе в своих отделах и структурных подразделениях. И хотя не наблюдалось спада интереса средств массовой информации и общественности, сохранилась команда, состоящая лишь из трех (позднее их число увеличилось до шести) должностных лиц по вопросам коммуникации, работающих полный рабочий день.

268. Решения в отношении политики принимались Группой высокого уровня по вопросам политики (ГВП), которая проводила совещания ежедневно, а иногда и дважды в день, начиная с начала пандемии. С самого начала в состав ГВП были введены сотрудники по вопросам коммуникации. После заседаний основные решения направлялись остальным командам по вопросам коммуникации. После этого, в соответствии со стандартными оперативными процедурами информация направлялась из штаб-квартиры в региональные бюро через Центр стратегических медико-санитарных операций (SHOC), а также региональным сотрудникам по вопросам коммуникации и государствам-членам. Команда

по вопросам коммуникации проводила ежедневные телеконференции с региональными партнерами. На пике пандемии дважды в день в региональные и страновые бюро направлялись темы телеконференций и перечень основных сообщений для средств массовой информации для обеспечения такого положения вещей, при котором последовательная информация распространялась бы по всей Организации. Темы обсуждений также распространялись среди других учреждений ООН, таких как Группа ООН по вопросам коммуникации в сфере пандемического и птичьего гриппа, а также направлялись в Коммуникационную сеть учреждений и государств-членов ЕС, в Группу действий по обеспечению глобальной безопасности в области здравоохранения, в Группу коммуникационной сети и сотрудникам по вопросам коммуникации министерства здравоохранения в странах, где средства массовой информации проявляли наибольший интерес.

269. Двумя основными каналами внешней связи во время острой фазы пандемии являлись средства массовой информации и вебсайт ВОЗ. Брифинги для прессы начали проводиться с 26 апреля 2009 года. Сначала они проводились ежедневно, а затем через день, а еще позднее еженедельно, как того требовала ситуация. Брифинги предоставляли журналистам непосредственный доступ к техническим экспертам ВОЗ и обычно проводились Генеральным директором; Специальным советником Генерального директора по вопросам пандемического гриппа; Директором Инициативы по исследованиям в области вакцин; Директором Отдела глобального оповещения и ответных мер и представителем ВОЗ.

270. В течение одного часа удиозаписи пресс-конференция помещались на веб-сайте, и затем в течение трех часов размещался соответствующий печатный текст. На территории штаб-квартиры было установлено тентовое помещение для размещения представителей средств массовой информации; 50-100 журналистов использовали это помещение в течение первых недель пандемии. Было проведено более 40 виртуальных брифингов в рамках глобальной телеконференции, что позволяло участвовать в них журналистам со всего мира. Только лишь сотрудниками по вопросам коммуникации в штаб-квартире были проведены тысячи интервью по радио, телевидению и по телефону. За одну неделю более 250 000 очерков для средств массовой информации по вопросам пандемии было выпущено на английском языке.

271. Для передачи сообщений и технической информации ВОЗ первостепенную роль играл вебсайт Организации. Регулярно публиковались информационные записки и материалы под рубрикой "Часто задаваемые вопросы". С апреля 2009 г. по август 2010 г. 86 новостей ВОЗ по вспышкам заболеваний (НВЗ) были посвящены вопросам пандемии. НВЗ предоставляют подробную информацию, например о подтвержденных случаях заболевания или смерти, для медицинских работников, журналистов и широкой общественности, и публикуются по мере необходимости.

272. Значение широкой общественности в качестве аудитории постоянно возрастало для ВОЗ. В какой-то момент на вебсайте за три часа было зарегистрировано около двух миллионов посещений. Веб-сайт, посвященный пандемическому гриппу, был создан 26 апреля, в день объявления ЧСЗМЗ. На этом сайте составлялась воедино информация по техническому руководству и общая информация для широкой общественности. Твиттер

ВОЗ и RSS-каналы использовались для распространения свежей обновленной информации.

Внешняя критика

273. Критика относительно ответных мер ВОЗ на пандемию начала появляться в средствах массовой информации в июле 2009 года. Одним из поводов для обвинений в сторону ВОЗ явился тот факт, что Организация без предупреждения изменила определение пандемии. В ходе регулярно проводимого обзора веб-страниц, посвященных вопросам пандемии гриппа, проводимого в порядке установленных процедур на случай чрезвычайной ситуации, руководитель информационной интернет-службы ВОЗ обнаружил две страницы, которые требовали изменения. Первая страница, связанная с готовностью к пандемии (*63*), была изменена 4 мая 2009 г. после того, как проведенный обзор показал, что термины "пандемический" и "пандемический H5N1" использовались взаимозаменяемо. Такое использование этих терминов создавало впечатление, что пандемия может быть вызвана лишь вирусом H5N1.

274. Слова "огромное число случаев смерти и заболевания" относились к сценарию летальной пандемии вируса гриппа H5N1. Текст был отредактирован таким образом, чтобы отражать текущую вспышку гриппа H5N1. Текст на второй странице касался H5N1, при этом его название подразумевало описание пандемии гриппа в общих чертах. Для ясности к названию были добавлены слова "птичий грипп". ВОЗ руководствуется стандартной практикой неудаления вебстраниц. Вместе с тем, изменения, внесенные в содержание страницы, и создание другого варианта текста не были очевидны для читателей. Эти изменения, которые были произведены без специального уведомления или объяснения, вызвали подозрение в скрытом изменении определения, а не предположение о желании Организации сделать свои определения пандемии более точными и последовательными. Начиная с мая 2009 г. все изменения на вебстраницах отслеживались, и каждое редактирование страницы датировалось.

275. Далее, ВОЗ критиковали за то, что она поспешила объявить Фазу 6 на благо фармацевтической промышленности (*64*). Первый ответ от ВОЗ на эти обвинения появился только 3 декабря 2009 г. в виде информационной записки на своем веб-сайте, в которой было дано подробное описание усилий ВОЗ по мерам против конфликтов интереса (*65*). Эти информация была опубликована почти через пять месяцев после того, как впервые был поднят этот вопрос. Такой запоздалый ответ не способствовал рассеиванию сомнений.

276. Далее, в декабре Совет Европы обратился с просьбой о немедленном проведении расследований вопроса о том, "каким образом решаются проблемы борьбы с пандемией H1N1" (*66*). На слушании 26 января 2010 г. д-р Fakuda заявил, что "стратегии и меры в ответ на пандемию гриппа, рекомендованные и проводимые ВОЗ, не подвергались неправильному влиянию со стороны фармацевтической промышленности". Д-р Fakuda сделала аналогичные заявления на виртуальной пресс-конференции ВОЗ 14 января 2010 года (*67*).

277. С октября по декабрь 2009 г. средства массовой информации продолжали голословные обвинения относительно конфликтов интересов среди членов КЧС и предложили ВОЗ опубликовать свою форму Заявления о заинтересованности для экспертов ВОЗ. Двадцать второго января 2010 г. ВОЗ опубликовала заявление в ответ на обвинения относительно конфликта интересов и относительно того, что к тому моменту было названо критиками "ложной" пандемией (*68*). Дальнейшие объяснения по вопросу о политике конфликта интересов были предоставлены Исполнительным секретарем Стратегической консультативной группы экспертов ВОЗ (SAGE), который встретился с медийным корпусом Дворца Наций в Женеве 10 февраля 2010 г., для того чтобы разъяснить, каким образом SAGE решает эти вопросы (*6*9).

278. Третьего июня 2010 г. последовала дальнейшая критика в адрес ВОЗ в редакционной статье *Британского медицинского журнала (BMJ)* относительно конфликтов интересов и этики поведения во время пандемии. Восьмого июня 2010 г. редакторам BMJ было направлено заявление от имени Генерального директора, в котором отрицалось наличие какого-либо конфликта интересов и объявлялось решение о проведении обзора деятельности ВОЗ данным Комитетом *(70)*. Десятого июня ВОЗ опубликовала Информационную записку на своем вебсайте с объяснением своих действий во время пандемии *(71)*.

Результаты: внешняя критика

279. Комитет по обзору пришел к заключению, что ВОЗ необходимо пересмотреть свои ответные действия на критику, признав свои возможные ошибки или такие случаи, когда ВОЗ не способствовала правильному пониманию какого-либо вопроса, и впредь отвечать профессионально и решительно на необоснованную критику.

280. Реакция ВОЗ на неоправданные обвинения оказалась пассивной и замедленной. Ряд таких обвинений исходил от социальных медийных сайтов (блоги , Facebook и Twitte), они не сопровождались научно обоснованными фактами и были абсолютно безосновательны. Вместе с тем, другие обвинения исходили от стандартных информационных источников и требовали активной и транспарентной реакции. Комитет понимает, что ВОЗ считает себя технической организацией и, являясь таковой, считает своей наиважнейшей задачей техническую работу. Возможно, никогда ранее не подвергаясь такой публичной критике, Организация не знала, как правильно на нее реагировать. Из интервью со старшими должностными лицами по вопросам коммуникации было ясно, что тратить большое количество времени, отвечая на каждое критическое замечание и обвинение, направленные в адрес Организации, не явилось бы разумным использованием ограниченных ресурсов. Комитет считает, что Организации требуется четкая политика и механизм реагирования на критику.

281. Нежелание ВОЗ признавать какие-либо свои ошибки и какие-либо промахи, приведшие к усилению беспокойства, например которые заключались в неразглашении фамилий членов Комитета по чрезвычайной ситуации, в подходах к вопросу о конфликте интересов и во внесении изменений в описание пандемии на веб-странице без соответствующего уведомления об этом, в свою очередь, не способствовало правильной

реакции на необоснованные обвинения, такие как спешка в объявлении Фазы 6 или сговор с фармацевтическими компаниями. ВОЗ не проявила достаточной активности ни в отношении признания той части критики, которая была справедливой, ни в отношении опровержения необоснованных обвинений. Трудно бывает провести границу между тем и другим, особенно в режиме реального времени, тогда как именно такое разграничение и более решительная реакция в обоих направлениях составляет суть коммуникационной стратегии, которая способствует обеспечению доверия.

282. ВОЗ выделяет доверие как один из своих основных принципов в сфере коммуникации. Этот принцип был выдвинут на ранних этапах, поскольку ВОЗ старалась сделать свои решения и обоснование перехода от фазы к фазе транспарентными. Отчасти доверие уменьшилось за счет недостаточной транспарентности конфликта интересов и некоторой завесы молчания в отношении разглашения фамилий членов КЧС. Эта ситуации создала определенный вакуум, который позволил выступить с дальнейшей критикой. После этого Организация признала необходимость в большей транспарентности, с тем чтобы и впредь оправдывать доверие общественности.

Результаты: сильные стороны

283. Порядок осуществления коммуникации со стороны ВОЗ в ответ на ЧСЗМЗ продемонстрировал большое количество позитивных моментов, которые проявились в результате примененияОрганизацией своих принципов информирования о риске во время острой фазы:

- Мобилизация сотрудников по вопросам коммуникации на раннем этапе пандемии и их активное взаимодействие со средствами массовой информации.

- Изменения в фазах объявлялись как только происходило установление таких изменений.

- Распространялись информационные записки и материалы под рубрикой "часто задаваемые вопросы".

- На веб-сайте публиковалась основная информация для стран и медицинских работников. От многих государств-членов поступали сообщения о том, что они своевременно получали точную информацию, что позволяло им предпринимать надлежащие действия в своих странах.

- Организация быстро мобилизовала свои внутренние ресурсы для создания надежной команды в ситуации необходимости экстренного наращивания возможностей, что оказалось эффективной стратегией.

- Региональные бюро отметили, что поток информации из штаб-квартиры приходил своевременно, эффективным образом и позволял Организации сообщать необходимую и последовательную информацию по всему миру.

- Комитет по обзору выявил, что ВОЗ быстро решала технические вопросы на ранних стадиях пандемии. Например, вопросы относительно безопасности свинины обсуждались в Информационной записке (No. 2/2009) 30 апреля, где были представлены аспекты взаимосвязи здоровья человека и здоровья животных применительно к проблеме гриппа A/H1N1.

- Накануне объявления Фазы 6 ВОЗ предоставила страновым бюро информационные пакеты, содержащие три методики, которые можно использовать для определения степени тяжести ситуации, действий в сфере общественного здравоохранения, которые необходимо предпринять, и методики информирования о риске. Эти пакеты информации явились первой попыткой собрать воедино материал, который может помочь странам в принятии ответных мер. Эти пакеты информации получили положительную оценку со стороны Комитета, но вместе с тем Комитет отметил, что они могли принести больше пользы при более раннем распространении.

Результаты: необходимые улучшения

284. Комитет по обзору считает, что ответные меры ВОЗ в сфере коммуникации можно усовершенствовать, извлекая уроки из опыта пандемии.

285. Основным фактором, препятствующим осуществлению коммуникации, явилось отсутствие потенциала экстренного наращивания возможностей во время пандемии для служб, занимающимся переводом. Объем информации, которым оперировала Организация, превышал возможности существующих ресурсов. В результате в ряде стран возник информационный пробел, который негативным образом отразился на эффективности информации, которая должна была сообщаться в срочном порядке.

286. Расформирование команды по вопросам коммуникации, созданной в режиме экстренного наращивания возможностей во время Фазы 6, важнейшего момента в период пандемии, оказалось неправильным решением. Генеральный директор и ее сотрудники в сфере коммуникации подтвердили, что идея длительной работы в условиях экстренного наращивания возможностей, не только в сфере коммуникаций, но и в других сферах Организации, оказалась несостоятельной. Возобладали конкурирующие потребности в ресурсах, необходимых для обеспечения непрерывной повседневной работы Организации. Ограниченное финансирование и недостаточное количество сотрудников являются факторами, препятствующими способности длительной работы в условиях экстренного наращивания возможностей.

287. Появление социальных медийных сетей (то есть Facebook, Twitter, YouTube и т.д.) привнесли в глобальную коммуникацию новые возможности. Поскольку ВОЗ не имела политики в отношении социальных средств массовой информации и использовала весьма ограниченные ресурсы в этом аспекте деятельности, диалог Организации с внешним миром был поставлен под угрозу.

288. Использование новых информационных технологий, включая социальные сети, должны составлять существенную часть стратегического планирования ВОЗ в сфере

коммуникации. Положительную роль в ответных действиях на региональном и национальном уровнях сыграют научные исследования, обучение и составление руководств для государств-членов в этой области.

289. В штаб-квартире связи между отделами и связь внутри Организации на корпоративном уровне не структурирована надлежащим образом. ВОЗ не имеет составленного в письменном виде плана для осуществления стратегической коммуникации на период чрезвычайной ситуации. Разработка плана по всей Организации, который позволит усовершенствовать осуществление повседневной коммуникации и информирования о риске на более долгосрочной основе, является серьезной задачей. В плане следует предусмотреть положения по обеспечению сохранения репутации, а также по обеспечению большей транспарентности в отношении изменений содержания вебсайта.

290. Когда начался процесс обзора, сотрудники по вопросам коммуникации провели оценку своей работы во время пандемии, и после этого началась работа по совершенствованию политики в этой области. Все в большей мере задействуются новые медийные инструменты, такие как Facebook, Twitter, YouTube и другие форумы. В Канцелярии Генерального директора теперь появилось новое должностное лицо, занимающее должность Директора по коммуникации.

291. Государства-члены определили потребности в сфере коммуникации в ходе проведения своих собственных обзоров. Чаще всего выражаются пожелания относительно укрепления информирования о риске на местном, национальном и региональном уровнях посредством укрепления кадрового и институционального потенциала в основном за счет обучения с целью развития навыков и повышения осведомленности о проблеме.

292. Государствам-членам следует рассмотреть вопрос о разработке стратегий работы со средствами массовой информации и общественностью посредством осуществления предусмотренной планом коммуникации в отношении сложных вопросов общественного здравоохранения. Пандемия выявила трудности в информировании относительно сложных научных принципов, тяжести, неопределенности ситуации и риска. Необходимо рассмотреть вопрос о новых подходах, выходящих за рамки лишь распространения информации. Многие государства-члены в качестве основного необходимого условия повышения уровня осведомленности отметили необходимость улучшения содержания и доступности информационных продуктов (в ряде стран их называют материалами по информации, обучению и коммуникации), особенно на местных языках. Необходимо, чтобы материалы учитывали особенности целевой аудитории, распространялись наиболее надлежащим образом целевым группам, будь то печатная информация (руководства, брошюры), информация в аудиоформате (телевизионный и/или радиоформат) или в виде материалов для интерактивных семинаров. Можно рассмотреть вопрос о разработке методов оценки полезности этих материалов, а именно, как они принимаются, воспринимаются и используются целевыми группами.

Ссылки

1. Protocol for assessing national surveillance and response capacities for the International Health Regulations (2005). In accordance with Annex 1 of the IHR. A guide for assessment teams information. Geneva, World Health Organization, 2010. http://www.who.int/ihr/publications/who_hse_ihr_201007_en.pdf

2. WHO technical consultation on the implementation and evaluation of Annex 2 of the IHR (2005). Geneva, Switzerland, 20–22 October 2008. Summary report. Geneva, World Health Organization, 2009. http://www.who.int/ihr/summary_report_annex2.pdf

3. Haustein T et al. Should this event be notified to the World Health Organization? Reliability of the International Health Regulations notification assessment process. *Bulletin of the World Health Organization*, 2011, 89:296–303. doi:10.2471/BLT.10.083154.

4. WHO guidance for the use of Annex 2 of the International Health Regulations (2005). Decision instrument for the assessment and notification of events that may constitute a public health emergency of international concern. Geneva, World Health Organization, 2010. http://www.who.int/ihr/revised_annex2_guidance.pdf

5. Public health measures taken at international borders during early stages of pandemic influenza A (H1N1) 2009: preliminary results. *Weekly Epidemiological Record*, 2010, 85:186–195.

6. Calvo SG. Human development research paper 2010/18. The global financial crisis of 2008–10: a view from the social sectors. New York City, United Nations Development Programme, July 2010. http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/papers/HDRP_2010_18.pdf

7. Protecting pro-poor health services during financial crises. Lessons from experience. Health nutrition and population. Washington, DC, The World Bank, April 2009. http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/ProtectingProPoorFC.pdf

8. The financial crisis and global health. Report of a high-level consultation. Geneva, Switzerland, 19 January 2009. Geneva, World Health Organization, 2009. http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_DGO_2009.1_eng.pdf

9. McKee M, Stuckler D, Martin-Moreno JM. Protecting health in hard times. *British Medical Journal (clinical research ed.)*, 2010, 341:c5308. doi:10.1136/bmj.c5308 PMID:20880907

10. Oshitani H, Kamigaki T, Suzuki A. Major issues and challenges of influenza pandemic preparedness in developing countries. *Emerging Infectious Diseases*, 2008, 14:875–880. doi:10.3201/eid1406.070839 PMID:18507896

11. Hanvoravongchai P et al.; AsiaFluCap Project. Pandemic influenza preparedness and health systems challenges in Asia: results from rapid analyses in 6 Asian countries. *BMC Public Health*, 2010, 10:322. doi:10.1186/1471-2458-10-32 PMID:20529345

12. Report proceedings of the sub-regional meeting on pandemic influenza preparedness and response: Caribbean experience and lessons learned, 9–11 September 2009. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2009. http://www.disaster-info.net/carib/docs/PandInflPrepRespCarib/Others/FinalReportCaribbeanMeetingPandemicLessosnLearned.pdf

13. Response to pandemic (H1N1) 2009 in the Americas: Lessons and challenges. Miami, Florida, 15–17 September 2009. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2011. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=805&Itemid=569&lang=en

14. Hine D. The 2009 influenza pandemic. An independent review of the UK response to the 2009 influenza pandemic. London, UK, July 2010. http://interim.cabinetoffice.gov.uk/media/416533/the2009influenzapandemic-review.pdf

15. European Centre for Disease Prevention and Control. Key learning on critical clinical care services during the 2009 pandemic to help future planning. 31 August 2010. http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/sciadvice/Lists/ECDC%20Reviews/ECDC_DispForm.aspx?List=512ff74f%2D77d4%2D4ad8%2Db6d6%2Dbf0f23083f30&ID=934&RootFolder=%2Fen%2Factivities%2Fsciadvice%2FLists%2FECDC%20Reviews

16. African regional conference on pandemic influenza A (H1N1) 2009, Johannesburg, South Africa, 11-13 August 2009. WHO Regional Office for Africa, 2009. http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3760

17. Global surveillance during an influenza pandemic – version 1. 28 April 2009. Geneva, World Health Organization, 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/global_pandemic_influenza_surveilance_apr09.pdf

18. *A practical guide to harmonizing virological and epidemiological influenza surveillance.* Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2008. http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/CSR/Publications/GuideToHarmonizingInfluenzaSurveillance-revised2302.pdf

19. Pan American Health Organization-US Centers for Disease Control and Prevention. Generic Protocol for Influenza Surveillance (draft). Washington, DC, Pan American Health Organization, 15 December 2006. http://new.paho.org/hq/images/stories/AD/HSD/CD/INFLUENZA/flu-snl-gpis.pdf

20. World Health Organization. Report of the WHO consultation on surveillance for pandemic influenza. Geneva, Switzerland, 10–12 December 2007. 2009. http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/DecReportFinal2.pdf

21. World Health Organization. Interim WHO guidance for the surveillance of human infection with swine influenza A(H1N1) virus. 27 April 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/WHO_case_definitions.pdf

22. World Health Organization. Changes in reporting requirements for pandemic (H1N1) 2009 virus infection. 16 July 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_surveillance_20090710/en/index.html

23. World Health Organization. Human infection with pandemic (H1N1) 2009 virus: updated interim WHO guidance on global surveillance. 10 July 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/guidance/surveillance/WHO_case_definition_swine_flu_2009_04_29.pdf

24. World Health Organization. Surveillance recommendations for Member States in the post-pandemic period. 12 August 2010. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/surveillance_post_pandemic_20100812/en/index.html

25. Global influenza surveillance network: laboratory surveillance and response to pandemic H1N1 2009. *Weekly Epidemiological Record*, 2009, 84:361–365.

26. New influenza A (H1N1) virus: global epidemiological situation, June 2009. *Weekly Epidemiological Record*, 2009, 84:249–257.

27. Community strategy for pandemic influenza mitigation. Flu.gov; Feb 2007. http://pandemicflu.gov/professional/community/commitigation.html

28. Pandemic influenza preparedness and response: a WHO guidance document. Geneva, World Health Organization, 25 April 2009. http://www.who.int/csr/disease/influenza/pipguidance2009/en/index.html

29. World Health Organization. WHO ad hoc scientific teleconference on the current influenza A(H1N1) situation. 4 May 2009. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/TCReport2009_05_04.pdf

30. World Health Organization. WHO technical consultation on the severity of disease caused by the new influenza A (H1N1) virus infections. 5 May 2009. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/Report_20_05MayTeleconferencex.pdf

31. World Health Organization. Assessing the severity of an influenza pandemic. 11 May 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/assess/disease_swineflu_assess_20090511/en/

32. Considerations for assessing the severity of an influenza pandemic. *Weekly Epidemiological Record*, 2009, 84:197–202.

33. World Health Organization. Frequently asked questions. What is phase 6?. 11 June 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/levels_pandemic_alert/en/index.html

34. World Health Organization. Viruses resistant to oseltamivir (Tamiflu) identified. 8 July 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_antiviral_resistance_20090708/en/index.html

35. World Health Organization. Public health significance of virus mutation detected in Norway. Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 17. 20 November 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091120/en/

36. Domínguez-Cherit G et al. Critically ill patients with 2009 influenza A(H1N1) in Mexico. *The Journal of the American Medical Association*, 2009, 302:1880–1887.doi:10.1001/jama.2009.1536 PMID:19822626

37. Kumar A et al.; Canadian Critical Care Trials Group H1N1 Collaborative. Critically ill patients with 2009 influenza A(H1N1) infection in Canada. *The Journal of the American Medical Association*, 2009, 302:1872–1879. doi:10.1001/jama.2009.1496 PMID:19822627

38. President's Council of Advisors on Science and Technology. Report to the President on US preparations for the 2009–H1N1 influenza. 7 August 2009. http://www.whitehouse.gov/assets/documents/PCAST_H1N1_Report.pdf

39. Shrestha SS et al. Estimating the burden of 2009 pandemic influenza A (H1N1) in the United States (April 2009–April 2010). *Clinical Infectious Diseases*, 2011, 52 Suppl 1;S75–S82. doi:10.1093/cid/ciq012 PMID:21342903

40. WHO global influenza preparedness plan. The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics. Geneva, World Health Organization, 2005. http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf

41. Bell DM; World Health Organization Writing Group. Non-pharmaceutical interventions for pandemic influenza, international measures. *Emerging Infectious Diseases*, 2006, 12:81–87. PMID:16494722

42. Bell DM; World Health Organization Writing Group. Non-pharmaceutical interventions for pandemic influenza, national and community measures. *Emerging Infectious Diseases*, 2006, 12:88–94. PMID:16494723

43. World Health Organization. Advice on the use of masks in the community setting in Influenza A(H1N1) outbreaks. 3 May 2009. http://www.who.int/csr/resources/publications/Adviceusemaskscommunityrevised.pdf

44. World Health Organization. Behavioural interventions for reducing the transmission and impact of influenza A(H1N1) virus: a framework for communication strategies. 26 June 2009. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/framework_20090626_en.pdf

45. World Health Organization. WHO consultation on suspension of classes and restriction of mass gatherings to mitigate the impact of epidemics caused by the new influenza A (H1N1). 24 June 2009.
http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/who_consultation_20090624_en.pdf

46. World Health Organization. Reducing transmission of pandemic (H1N1) 2009 in school settings. 28 September 2009.
http://www.who.int/csr/resources/publications/reducing_transmission_h1n1_2009.pdf

47. Mathematical modelling of the pandemic H1N1 2009. *Weekly Epidemiological Record*, 2009, 84:341-348.

48. World Health Organization. Interim planning considerations for mass gatherings in the context of pandemic (H1N1) 2009 influenza. 12 November 2009.
http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/cp002_2009-0511_planning_considerations_for_mass_gatherings.pdf

49. Memish ZA et al.; Jeddah Hajj Consultancy Group. Establishment of public health security in Saudi Arabia for the 2009 Hajj in response to pandemic influenza A H1N1. *The Lancet*, 2009, 374:1786–1791. doi:10.1016/S0140-6736(09)61927-9 PMID:19914707

50. WHO guidelines on the use of vaccines and antivirals during influenza pandemics. Geneva, World Health Organization, 2004.
http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/11_29_01_A.pdf

51. WHO rapid advice guidelines on pharmacological management of humans infected with avian influenza A (H5N1) virus. Geneva, World Health Organization, 2006.
http://www.who.int/medicines/publications/WHO_PSM_PAR_2006.6.pdf

52. World Health Organization. WHO interim protocol: rapid operations to contain the initial emergency of pandemic influenza. October 2007.
http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/RapidContProtOct15.pdf

53. Guyatt GH et al.; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal (clinical research edition)*, 2008, 336:924–926. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD PMID:18436948

54. World Health Organization. WHO guidelines for pharmacological management of pandemic (H1N1) 2009 influenza and other influenza viruses. February 2010.
http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_use_antivirals_20090820/en/index.html

55. World Health Organization. SAGE: terms of reference. 2010. http://www.who.int/immunization/sage/SAGE_TOR_1_September_2010.pdf

56. World Health Organization. Ad hoc Policy Advisory Working Group on Influenza A (H1N1) Vaccines (established April 2009 to April 2010). 6 July 2010. http://www.who.int/immunization/sage/wg_H1N1_apr09/en/

57. World Health Organization. Recommendations of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE). 19 May 2009. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/SAGEH1N1vaccinerecommendation2009_05_19.pdf

58. SAGE – report of the extraordinary meeting on the influenza A (H1N1) 2009 pandemic, 7 July 2009. *Weekly Epidemiological Record*, 2009, 84:301–304.

59. Pandemic influenza A (H1N1) 2009 virus vaccine – conclusions and recommendations from the October 2009 meeting of SAGE. *Weekly Epidemiological Record*, 2009, 84:493–500.

60. World Health Organization. World Health Assembly 60.28: Pandemic influenza preparedness: sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits. 23 May 2007. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/E/reso-60-en.pdf

61. Collin N, de Radiguès X; World Health Organization H1N1 Vaccine Task Force. Vaccine production capacity for seasonal and pandemic (H1N1) 2009 influenza. *Vaccine*, 2009, 27:5184–5186. doi:10.1016/j.vaccine.2009.06.034 PMID:19563891

62. Global pandemic influenza action plan to increase vaccine supply. Geneva, World Health Organization, 1 September 2006. http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF06/863.pdf

63. World Health Organization. Pandemic preparedness. 2011. http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en/index.html

64. Grolle J, Hackenbroch V. Interview with epidemiologist Tom Jefferson: 'A whole industry is waiting for a pandemic'. *Spiegel Online International*. 21 July 2009. http://www.spiegel.de/international/world/0,1518,637119,00.html

65. World Health Organization. WHO use of advisory bodies in responding to the influenza pandemic: Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 19. 3 December 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091203/en/index.html

66. Council of Europe. Parliamentary Assembly Council of Europe to prepare report on the handling of the swine flu pandemic. 26 January 2010. http://assembly.coe.int/ASP/NewsManager/EMB_NewsManagerView.asp?ID=5209

67. World Health Organization. Transcript of virtual press conference with Dr Keiji Fukuda, Special Adviser to the Director-General on Pandemic Influenza. 14 January 2010. http://www.who.int/mediacentre/vpc_transcript_14_january_10_fukuda.pdf

68. World Health Organization. Statement of the World Health Organization on allegations of conflict of interest and 'fake' pandemic. 22 January 2010. http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/h1n1_pandemic_20100122/en/

69. Zarocostas J. Head of WHO's vaccines advisory group defends its policy on competing interests. *British Medical Journal (clinical research edition)*, 2010, 340;c987. doi:10.1136/bmj.c987.

70. World Health Organization. WHO Director-General's letter to *British Medical Journal* editors. 8 June 2010. http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/letter_bmj_20100608/en/

71. World Health Organization. The international response to the influenza pandemic: WHO responds to the critics: Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 21. 10 June 2010. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20100610/en/index.html

ГЛАВА IV. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Комитет по обзору предлагает три основных вывода, подкрепляющие рекомендации, сделанные им после изучения функционирования Международных медико-санитарных правил (ММСП) (2005 г.), и касающиеся гриппа A (H1N1) - 2009.

Краткий вывод 1

2. ММСП помогли сделать мир лучше подготовленным к преодолению чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения. Основные национальные и местные возможности, предложенные в ММСП, не являются полностью оперативными и в настоящее время не находятся на пути к своевременному осуществлению во всем мире.

Краткий вывод 2

3. ВОЗ хорошо и различными способами действовала во время пандемии, противостояла системным трудностям и продемонстрировала некоторые недостатки. Комитет не обнаружил никаких свидетельств неправомерных действий.

Краткий вывод 3

4. Мир плохо подготовлен к реагированию на сильную пандемию гриппа или на любую подобную глобальную, продолжительную и угрожающую здоровью населения чрезвычайную ситуацию. Помимо реализации основных возможностей, требование о создании которых содержится в ММСП, глобальную готовность можно улучшить с помощью исследований, использования многосекторального подхода, укрепления систем оказания медико-санитарной помощи, экономического развития в странах с низким и средним уровнями доходов и улучшения состояния здоровья.

5. В остальной части настоящего документа кратко излагаются результаты и аргументация обсуждений Комитета, а также рекомендации, сделанные после каждого вывода.

Краткий вывод 1

6. *ММСП помогли сделать мир лучше подготовленным к преодолению чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения. Основные национальные и местные возможности, требование о создании которых содержится в ММСП, пока еще не являются полностью операционными и не находятся на пути к своевременному осуществлению во всем мире.*

7. Разработка ММСП потребовала более чем десяти лет сложных обсуждений. Хотя ММСП и не являются совершенными, они значительно улучшили охрану здоровья в мире. Комитет сосредоточил свои рекомендации на том, каким образом в настоящее время можно укрепить осуществление ММСП. ММСП ориентированы на установление равновесия между суверенитетом отдельных государств-участников и общим благополучием международного сообщества и учитывают экономические и социальные

интересы, а также охрану здоровья. Рекомендации Комитета признают эти внутренние напряженности и сосредоточены на действиях, которые могут укрепить общую цель глобальной безопасности общественного здравоохранения.

8. Комитет высоко оценивает следующие положения ММСП:

- ММСП обязывают ВОЗ получать консультативную экспертную помощь при объявлении о начале или прекращении чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение.
- ММСП решительно поощряют страны к техническому сотрудничеству друг с другом и материально-технической поддержке для создания возможностей.
- ММСП поощряют разработку систематических подходов к эпиднадзору, системам раннего предупреждения и ответным мерам в государствах-членах.
- ММСП требуют учредить национальных координаторов (НК) по ММСП для создания четкого двустороннего канала коммуникаций между ВОЗ и государствами-членами.
- ММСП привели ряд стран к укреплению эпиднадзора, оценки риска, возможностей для принятия ответных мер и процедур отчетности о рисках для общественного здравоохранения.
- ММСП внедрили схему принятия решений (Приложение 2) для действий общественного здравоохранения, которая оказалась более гибким и полезным инструментом, чем замененный ею перечень болезней, подлежащих уведомлению.
- ММСП требуют от стран обмениваться информацией, относящейся к рискам для общественного здравоохранения.
- ММСП требуют от государств-участников, чтобы при осуществлении дополнительных мер, значительно препятствующих международным перевозкам и торговле, они информировали ВОЗ о таких мерах и предоставляли обоснование с точки зрения общественного здравоохранения и соответствующую научную информацию, связанную с такими мерами.

9. Несмотря на эти положительные характеристики ММСП, многим государствам-участникам не хватает основных возможностей для выявления, оценки и сообщения о потенциальных угрозах для общественного здравоохранения, и они не находятся на пути к выполнению своих обязательств в отношении планов и инфраструктуры к 2012 г. - сроку, указанному в ММСП. Продолжение этой тенденции воспрепятствует странам в создании этих возможностей и в полном осуществлении ММСП. Из 194 государств-участников 128, или 66%, ответили на недавний вопросник ВОЗ об их прогрессе. Только 58% респондентов сообщили о разработке национальных планов по выполнению требований о создании основных возможностей и всего лишь 10% ответивших стран указали, что они полностью создали возможности, предусмотренные в ММСП. Кроме того, как

документально подтверждено внешними исследованиями и вопросником ВОЗ, у национальных координаторов по ММСП отсутствуют достаточные полномочия для своевременной передачи в ВОЗ информации, связанной с чрезвычайными ситуациями в области общественного здравоохранения.

10. Наиболее важным структурным недостатком ММСП является отсутствие применимых санкций. Например, если страна не может объяснить, почему она приняла меры, более ограничивающие перевозки и торговлю, чем рекомендовано ВОЗ, это не влечет за собой никаких юридических последствий.

11. Для преодоления некоторых из этих проблем Комитет рекомендует следующее:

Рекомендация 1

12. **Ускорить создание основных возможностей, требуемых ММСП.** ВОЗ и государства-участники должны уточнить и обновить свои стратегии для выполнения требований ММСП, касающихся создания основных возможностей, сосредоточившись сначала на тех странах, которые сталкиваются с трудностями в создании таких возможностей к 2012 году. Одним из возможных путем оказания поддержки и ускорения осуществления может быть для ВОЗ мобилизация соответствующих учреждений и организация для оказания технической помощи заинтересованным странам в оценке их потребностей и создании условий для инвестиций. Обеспечение условий для инвестиций в создание возможностей по ММСП и последующая мобилизация ресурсов повысят вероятность того, что больше государств-участников смогут соблюдать требования ММСП. Страны и организации - доноры могут использовать Приложение 1А ММСП в качестве приоритетного перечня для формирования поддержки, и использовать возможности для обмена специализированными ресурсами, такими как лаборатории, между странами. ВОЗ следует также свое руководство 2007 г. в отношении функций НК и включить примеры хорошей практики для повышения практической ценности ММСП.

Рекомендация 2

13. **Улучшить информационный сайт ВОЗ о событиях.** ВОЗ следует улучшить свой информационный сайт о событиях (ИСС), чтобы сделать его авторитетным ресурсом для распространения надежной, обновленной и легкодоступной международной информации об эпидемиях. Государства-участники должны полагаться на ИСС как на главный источник информации об эпидемиологическом статусе, оценке риска, ответных мерах и их обосновании. ИСС может также использоваться для размещения руководства ВОЗ до его опубликования для широкой общественности. Дополнительные способы усиления ИСС включают:

- Использование ИСС для руководящих указаний и сообщений для НК.

- Предоставление государствами-участниками ВОЗ возможностей для обмена большим объемом информации.

- Информирование о большем числе событий и предоставление большего объема информации о каждом событии. Например, для каждого события могут быть предоставлены карты, расширенные оценки риска и рекомендации, а также указаны связи с соответствующим руководством ВОЗ и сотрудничающими центрами.

- Размещение всех временных и постоянных рекомендаций, выпущенных в соответствии с ММСП, и информации о государстве-члене, которое принимает дополнительные меры, и обоснование таких мер, а также информации о состоянии запроса ВОЗ на представление таких обоснований.

Рекомендация 3

14. **Усилить основанные на фактических данных решения, касающиеся международный перевозок и международной торговли.** Если государства-участники применяют медико-санитарные меры, которые существенно нарушают международное движение и являются более строгими, чем рекомендованные ВОЗ, то Статья 43 ММСП предусматривает, что государства-участники должны проинформировать ВОЗ о своих действиях. (Как указано в Статье 43, "под существенным нарушением обычно подразумевается отказ во въезде или в отправлении лиц, совершающих международную поездку, багажа, грузов, контейнеров, перевозочных средств или тому подобное, или их задержка более чем на 24 часа."). В таких обстоятельствах ВОЗ следует энергично стремиться к тому, чтобы получать обоснование с точки зрения общественного здравоохранения и соответствующую научную информацию, обмениваться ею с другими государствами-участниками и, в соответствующих случаях, потребовать пересмотра, как этого требует Статья 43. ВОЗ следует созвать группу экспертов для рассмотрения и оценки эффективности и воздействия пограничных мер, принятых во время пандемии, в поддержку основанного на фактических данных руководства для будущих событий.

Рекомендация 4

15. **Обеспечить необходимые полномочия и ресурсы для всех национальных координаторов по ММСП.** Государствам-участникам следует обеспечить, чтобы назначенные национальные координаторы по ММСП обладали полномочиями, ресурсами, процедурами, знаниями и подготовкой для коммуникаций со всеми уровнями их правительств и, в случае необходимости, от имени своих правительств.

Краткий вывод 2

16. *ВОЗ хорошо и различными способами действовала во время пандемии, противостояла системным трудностям и продемонстрировала некоторые недостатки. Комитет не обнаружил никаких свидетельств неправомерных действий.*

17. Как свидетельствуют государства-участники, ВОЗ обеспечила хорошее руководство при координации глобальных ответных мер на протяжении всего срока существования пандемии. Функции ВОЗ по расследованию эпидемий в последние годы были усилены в результате применения Системы управления событиями, увеличения возможностей

региональных бюро и функционирования Глобальной сети предупреждения о вспышках болезней и ответных действий.

18. Комитет высоко оценивает следующие действия, предпринятые ВОЗ и другими партнерами:

- Разработка руководства по обеспечению готовности к гриппу и ответным мерам для предоставления информации при составлении национальных планов. Когда началась пандемия, планы по обеспечению готовности к пандемии были в наличии в 74% стран.

- Установление эффективных партнерских связей и межучережденческое сотрудничество (с Детским фондом Организации Объединенных Наций и Управлением Организации Объединенных Наций по обслуживанию проектов), включая тесное сотрудничество с ветеринарным сектором (Всемирной зооветеринарной организацией и Продовольственной и сельскохозяйственной Организацией Объединенных Наций) по техническим и политическим вопросам.

- Быстрое развертывание на местах и раннее руководство и помощь пострадавшим странам.

- Своевременное выявление, идентификация, первоначальная характеризация и мониторинг пандемического вируса (H1N1) - 2009 с помощью Глобальной сети эпиднадзора за гриппом.

- Выбор вируса для противопандемической вакцины и разработка реассортантного вируса для первой вакцины-кандидата в течение 32 дней после объявления чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение.

- Получение в течение нескольких недель посевных штаммов для производства вакцины и контрольных реагентов.

- Своевременные политические рекомендации в отношении целевых групп и дозировки вакцин Стратегической консультативной группы экспертов ВОЗ (SAGE) по иммунизации.

- Еженедельный сбор, анализ и передача информации о глобальных эпидемиологических, вирусологических и клинических данных эпиднадзора.

- Быстрое назначение Комитета по чрезвычайной ситуации в составе высококвалифицированных лиц, созванного в течение 48 часов после начала действия положений ММСП.

- Эффективное распределение более 3 миллионов лечебных курсов противовирусных препаратов среди 72 стран.

- Учреждение механизма для оказания странам помощи в мониторинге создания ими основных возможностей по ММСП.

19. Комитет также отметил системные трудности, с которыми столкнулась ВОЗ, и некоторые недостатки со стороны ВОЗ:

- Отсутствие последовательного, измеримого и понятного описания тяжести пандемии. Даже если определение пандемии и зависит исключительно от распространенности, степень ее тяжести влияет на политические варианты, индивидуальные решения и общественный интерес. Необходима надлежащая оценка тяжести на национальном и субнациональном уровнях. Эти данные будут использованы ВОЗ для анализа глобальной ситуации по мере ее развития и дадут ей возможность своевременно предоставить информацию государствам-членам. Однако Комитет признает, что характеризация тяжести является сложной и трудно осуществимой.

- Чрезвычайно распространенная путаница в отношении определения пандемии. В одном онлайновом документе ВОЗ пандемии описаны как вызывающие "огромное число случаев смерти и заболевания", тогда как официальное определение пандемии основано только на степени распространенности. Когда без объяснения причин ВОЗ изменила некоторые свои онлайновые документы для приведения их в соответствие со своим определением пандемии, она вызвала подозрение скорее в скрытом изменении определения, чем в желании сделать свои определения пандемии более точными и последовательными. Нежелание признать свою часть вины в неправильном понимании специального определения вызвали подозрения по отношению к Организации.

- Структура фаз пандемии была излишне сложной. Многофазовая структура содержит больше стадий, чем дифференцированные ответные меры. Четко определенные фазы, ведущие к пандемии, являются более полезными для целей планирования, чем для оперативного руководства.

- Еженедельные запросы на конкретные данные для некоторых стран были слишком обременительными, особенно для тех, которые имеют ограниченные эпидемиологические и лабораторные возможности. Должностные лица в странах не всегда были убеждены в том, что представленные ими данные анализируются и используются, особенно по мере развития пандемии. Например. некоторые считали, что продолжающийся подсчет случаев давал меньше полезной информации, чем это могли бы сделать показатели госпитализации, осложнений и случаев смерти в странах, пострадавших на ранних стадиях пандемии.

- Решение сохранить конфиденциальность членов Комитета по чрезвычайной ситуации. Хотя конфиденциальность и представляет собой понятное усилие защитить членов от внешнего давления, это парадоксальным образом способствовало подозрению Организации в том, что она имеет что-то скрыть. Несмотря на то, что это решение соответствует практике ВОЗ в отношении других комитетов экспертов, членский состав которых обычно разглашается только в

конце, как правило, однодневной консультации, такая практика не подходит Комитету, работа которого продолжается в течение многих месяцев.

- Отсутствие достаточно четкого, систематического и открытого комплекта процедур для разглашения, признания и решения конфликтов интересов среди экспертов-консультантов. В частности, потенциальные конфликты интересов у членов Комитета по чрезвычайной ситуации не были своевременно сняты ВОЗ. Пять членов Комитета по чрезвычайной ситуации и один советник этого Комитета заявили о потенциальных конфликтах интересов. Ни один из них не был признан достаточно важным, чтобы исключить членов из состава Комитета по чрезвычайной ситуации. Соответствующие связи были опубликованы наряду с фамилиями членов Комитета по чрезвычайной ситуации 10 августа 2010 г., когда было объявлено о завершении пандемии. Однако до публикации этой информации предположения о возможных связях членов Комитета по чрезвычайно ситуации с промышленностью вызвали подозрения в неправильных действиях. Комитет по обзору признает, что ВОЗ предпринимает шаги для улучшения преодоления конфликта интересов даже во время проведения настоящего обзора.

- В важный момент принятия решения о пандемии (при переходе от фазы 4 к фазе 5) совещаться приходится с Комитетом по чрезвычайной ситуации неполного состава, вместо того, чтобы запросить мнения Комитета по чрезвычайной ситуации полного состава.

- Решение сократить активные коммуникации со средствами массовой информации после объявления фазы 6 (например, в результате прекращения проведения регулярных пресс-конференций, сосредоточенных на развитии пандемии) было рекомендовано неправильно.

- Несогласие признать правомерность некоторой критики, в частности в отношении непоследовательных описаний пандемии, или отсутствие своевременного разглашения связей, потенциально могущих создать конфликт интересов у экспертов, которые высказывали рекомендации по планам и мерам в ответ на пандемию. В таких случаях ВОЗ может непреднамеренно способствовать путанице и подозрениям.

- Недостаточно жесткое реагирование на критику, поставившее под сомнение принципиальность Организации.

- Несмотря на распределение, в конечном счете, 78 миллионов доз пандемической противогриппозной вакцины 77 странам, многочисленные системные трудности препятствовали своевременному распределению предоставленных бесплатно вакцин. К основным трудностям относились вариации в готовности бесплатно предоставить вакцины, обеспокоенность по поводу ответственности, сложность переговоров по поводу юридических соглашений, отсутствие процедур получения исключений в отношении национальных регулирующих требований и ограниченные национальные и местные возможности для транспортировки,

хранения и практического применения вакцин. Некоторые страны-получатели считали, что ВОЗ неадекватно объяснила, что положения об ответственности, включенные в соглашение о получении вакцин, были теми же, что и положения об ответственности, принятые странами, приобретающими вакцины. Все эти трудности оказались ошеломляющими в середине пандемии; некоторые могли бы быть сокращены посредством согласованной подготовки и организации до пандемии между всеми заинтересованными сторонами.

- Отсутствие своевременного руководства на всех официальных языках ВОЗ.

- Отсутствие связного, самого общего комплекта процедур и приоритетов для публикации последовательного и своевременного технического руководства привело к тому, что многочисленные технические подразделения Организации индивидуально составили не поддающееся обработке число документов.

20. В критике говорится, что ВОЗ значительно преувеличила серьезность пандемии. Однако разумная критика может быть основана только на том, что было известно в то время, а не на том, что стало известно позднее. Комитет признал, что фактические данные о более ранних вспышках привели многих экспертов в ВОЗ и других местах к тому, что они предположили возможность более тяжелой пандемии, чем произошедшая впоследствии. Степень тяжести пандемии была крайне неопределенной в середине 2009 г., и было упущено время, когда странам необходимо было бы разместить заказы на вакцину. Обсервационное исследование 899 пациентов, госпитализированных в Мексике в период между концом марта и 1 июня 2009 г., показало, что пандемия (H1N1) - 2009 диспропорционально поразила молодых людей. Пятьдесят восемь пациентов (6,5% госпитализированных) заболели тяжелой формой с осложнениями, включавшими острый респираторный дистресс-синдром и шок. Среди тяжело больных коэффициент смертности составил 41% (*1*). Эти статистические данные вызывали тревогу. Даже зарегистрированный коэффициент смертности в одну треть от этого уровня среди тяжело больных в Канаде вызывал обеспокоенность (*2*). В августе 2009 г. Консультативный совет по науке и технике при Президенте Соединенных Штатов Америки опубликовал доклад, в котором предполагался возможный сценарий смерти 30 000 - 90 000 человек от пандемии (H1N1) - 2009 только в Соединенных Штатах Америки (*3*). Средний и более высокий уровень этого сценария оказался в пять раз выше, чем послепандемические оценки фактического числа случаев смерти (*4*). Даже в таком случае уровень в 87% случаев смерти, произошедших среди людей в возрасте моложе 65 лет, с риском смерти среди детей и работающих взрослых в семь и двенадцать раз, соответственно, был выше, чем во время обычного сезонного гриппа (*4*).

21. Некоторые комментаторы обвинили ВОЗ в том, что она поспешила объявить фазу 6, и предположили в качестве причины желание обогатить производителей вакцин, так как соглашения об авансовых закупках с некоторыми из них могли начать действовать после объявления фазы 6. Далекая от ускорения объявления фазы 6, ВОЗ задерживала объявление этой фазы до тех пор, пока не поступили неопровержимые данные об устойчивом распространении на уровне общин во многих регионах мира. В той мере, в какой мог установить Комитет по обзору, никакая критика ВОЗ не содержала никаких

прямых фактических данных о коммерческом влиянии на принятие решений. В своих интервью с сотрудниками и членами консультативных комитетов, включая Стратегическую консультативную группу экспертов и Комитет по чрезвычайной ситуации, и с представителями промышленности, а также при рассмотрении внутренних и внешних документов Комитет по обзору не нашел никаких свидетельств попыток или фактического влияния коммерческих интересов на высказанные консультативные заключения или решения, принятые ВОЗ. По мнению Комитета, предположение некоторых критиков о том, что невидимое коммерческое влияние было оказано на действия ВОЗ, игнорирует силу основной идеи общественного здравоохранения, которая состоит в профилактике болезней и спасении жизней.

22. Комитет по обзору делает следующие рекомендации:

Рекомендация 5

23. **Укрепить внутренний потенциал ВОЗ для принятия устойчивых ответных мер.** ВОЗ должна укрепить свой внутренний потенциал для реагирования на долговременную чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение, такую как пандемия, определяя навыки, ресурсы и внутренние организационные мероприятия в поддержку ответных мер, продолжающихся более чем несколько месяцев. К внутренним организационным мероприятиям, которые ВОЗ следует укрепить, относятся следующие:

- Определить навыки, ресурсы и корректировки, необходимые для выполнения ВОЗ своей роли по координации и глобальной поддержке.

- Учредить внутреннюю подготовленную многодисциплинарную группу сотрудников, которые будут автоматически освобождаться от своих обычных обязанностей на неопределенное время с четкой ротацией через установленные промежутки времени.

- Обеспечить возможность круглосуточного и семидневного удовлетворения индивидуальных потребностей в размещении, питании, транспорте и уходе за детьми для сотрудников ВОЗ, участвующих в непрерывных действиях по реагированию на чрезвычайную ситуацию.

- Создать структуру управления событиями, которую можно будет поддерживать на протяжении всей пандемической или иной устойчивой глобальной чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения.

Рекомендация 6

24. **Улучшить практику назначения Комитета по чрезвычайной ситуации.** ВОЗ следует принять политику, стандарты и процедуры для назначения Комитета по чрезвычайной ситуации и руководства этим Комитетом, которые обеспечат надлежащий диапазон опыта в Комитете, широкие консультации и транспарентность в отношении отсутствия конфликта интересов.

- Как предусмотрено в Статье 48 ММСП, ВОЗ назначает Комитет по чрезвычайной ситуации с таким диапазоном опыта и с такой географической представленностью, которые соответствуют каждому событию. Комитет по обзору сделал также вывод о целесообразности наличия более широкого диапазона опыта членов Комитета по чрезвычайной ситуации, в том числе и по передачи информации о риске. Комитет по обзору признал, что ВОЗ должна назначать членов Комитета по чрезвычайной ситуации с такими навыками и с таким опытом, которые конкретно соответствуют каждому событию, для которого он создается. Для пандемии гриппа такой опыт включает вирусологию, лабораторную оценку, эпидемиологию, общественное здравоохранение и опыт руководства, ветеринарию, оценку риска и передачу информации о риске, а также методологический опыт систематических обзоров научной литературы.

- Для обеспечения представленности всех мнений, ВОЗ следует пригласить всех членов Комитета по чрезвычайной ситуации участвовать во всех его основных обсуждениях.

- ВОЗ следует уточнить свои стандарты и принять более транспарентные процедуры для назначения членов таких комитетов экспертов, как Комитет по чрезвычайной ситуации, с учетом потенциального конфликта интересов. Фамилии, соответствующая подготовка и опыт, а также связи членов Комитета по чрезвычайной ситуации должны разглашаться во время их предлагаемого назначения с обеспечением возможности для комментариев со стороны общественности в течение начального, испытательного периода службы, применяемого ко всем членам Комитета. ВОЗ следует установить четкие стандарты для определения наличия такого конфликта интересов, который потребует лишения права участвовать в Комитете, и ей следует иметь четкие процедуры для определения, когда и на какой основе могут делаться исключения, чтобы добиться необходимого опыта или баланса. Комитет по обзору признает необходимость проводить консультации экспертов в конфиденциальной обстановке, чтобы Генеральный директор имела возможность воспользоваться результатами беспристрастного обсуждения и консультаций. Желательность конфиденциальных консультаций усиливает бремя транспарентности, налагаемое на стандарты для назначения.

- В качестве части более активного и четкого подхода к преодолению конфликтов интересов ВОЗ следует назначить должностное лицо по вопросам этики.

Рекомендация 7

25. **Пересмотреть руководство по обеспечению готовности к пандемии.** ВОЗ следует пересмотреть свое Руководство по обеспечению готовности к пандемии, с тем чтобы: упростить фазовую структуру (одной из возможностей является принятие только трех фаз - базисной, тревожной и пандемической); подчеркнуть основанный на оценке риска подход, чтобы дать возможность более гибко реагировать на различные сценарии развития событий; широко использовать многосекторальное участие; основываться на уроках,

извлеченных на страновом, региональном и глобальном уровнях; и включить дальнейшее руководство по оценке риска.

Рекомендация 8

26. **Разработать и применить меры для оценки степени тяжести пандемии.** ВОЗ следует разработать и применить меры, которые могут быть использованы для оценки тяжести каждой эпидемии гриппа. Посредством ежегодного применения, оценки и уточнения средств измерения тяжести, ВОЗ и государства-члены смогут лучше подготовиться к оценке тяжести следующей пандемии. Оценка тяжести не требует изменения определения пандемии на другое, основанное на иных факторах, чем степень распространенности. Измеренные и прогнозируемые показатели тяжести, хотя и не являются частью определения пандемии, скорее являются основными компонентами принятия решений в условиях пандемии.

27. Комитет признает, что оценка тяжести является особенно трудной в начальной фазе вспышки, что тяжесть обычно варьируется в зависимости от места и времени и что тяжесть имеет многочисленные показатели (число случаев смерти, госпитализации и заболевания, причем каждое варьируется по возрасту и другим признакам, таким как предыдущее состояние здоровья и доступ к медицинской помощи; бремя для системы здравоохранения; и социально-экономические факторы). Описательные термины, используемые для характеризации степени тяжести, такие как сильная, умеренная и низкая, в будущих руководящих принципах ВОЗ должны быть определены количественно, чтобы они могли последовательно применяться различными наблюдателями и в различных местах. Комитет призывает рассмотреть гибкие измерения, как можно быстрее переходящие от раннего подсчета случаев заболевания, госпитализации и смерти к демографическим показателям. Тяжесть должна оцениваться как можно раньше во время пандемии и подвергаться непрерывной переоценке по мере развития пандемии и поступления новой информации. Тяжесть может оцениваться с помощью группы показателей в заранее согласованном минимальном комплекте данных (например, коэффициенты госпитализации, данные о смертности, определение уязвимых групп населения и оценка воздействия на системы здравоохранения). Оценки тяжести должны сопровождаться интервалами доверия или неопределенности, относящимися к каждой оценке.

Рекомендация 9

28. **Упорядочить ведение руководящих документов.** ВОЗ необходима стратегия и система управления документооборотом, для того чтобы справиться с составлением, утверждением, переводом и распространением руководств и других технических документов своевременным и последовательным образом во время чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения. Промежуточное руководство следует пересматривать по мере поступления новых данных. По возможности, если руководящие принципы имеют возможные политические последствия, ВОЗ следует принять все меры к тому, чтобы проконсультироваться с государствами-членами и предоставить им предварительное уведомление о предстоящих публикациях. ВОЗ следует также создать возможности для обеспечения последовательности руководящих принципов во всей

Организации, признавая в то же время, что условия в различных регионах и отдельных странах могут различаться.

Рекомендация 10

29. **Разработать и осуществить стратегическую общую для всей Организации политику в области коммуникаций.** ВОЗ следует разработать общую для всей Организации коммуникационную политику и стратегический подход к улучшению регулярной передачи информации и передачи информации в чрезвычайных ситуациях. Стратегический подход подразумевает согласование содержания, формы и стиля коммуникаций со средствами массовой информации, сроков и частоты передачи информации для достижения предполагаемой аудитории и достижения предполагаемой цели. ВОЗ должна быть готова к принятию активных, долгосрочных коммуникационных мер, когда этого требуют обстоятельства, признанию ошибок, а также к профессиональному и жесткому реагированию на необоснованную критику. Процедуры опубликования на веб-сайте должны быть уточнены, чтобы изменения на веб-страницах можно было прослеживать во времени и архивировать. ВОЗ следует инвестировать в сильное присутствие в социальных средствах, чтобы быстро передавать информацию более широкой и разнообразной аудитории.

Рекомендация 11

30. **Поощрять заключение предварительных соглашений о распределении и поставках вакцины.** Согласованно с усилиями государств-членов и основываясь на существующих системах распределения вакцин, ВОЗ следует поощрять заключение предварительных соглашений с соответствующими учреждениями и органами и между ними в государствах-членах, с производителями вакцин и другими соответствующими сторонами, которые будут способствовать утверждению и поставкам пандемических вакцин в страны с незначительными ресурсами, для повышения справедливости в снабжении и поддержки предварительного планирования мероприятий по назначению вакцин.

Краткий вывод 3

31. *Мир плохо подготовлен к реагированию на сильные пандемии гриппа или на любые подобные глобальные, длительные и угрожающие общественному здравоохранению чрезвычайные ситуации. Помимо создания основных возможностей общественного здравоохранения, предложенных в ММСП, глобальную готовность можно улучшить с помощью исследований, более сильных систем оказания медико-санитарной помощи, экономического развития в странах с низкими и средними уровнями доходов и улучшения состояния здоровья.*

32. Несмотря на прогресс, который представляют собой ММСП, и на успех ВОЗ в мобилизации вкладов со стороны глобального сообщества, неизбежная реальность заключается в том, что во время тяжелой пандемии риску смерти будут подвергаться десятки миллионов человек. Фундаментальный разрыв между глобальными потребностями и глобальными возможностями должен быть ликвидирован.

33. Помимо конкретных мер, рекомендованных выше для полного осуществления положений ММСП и улучшения функционирования ВОЗ, мир может лучше подготовиться к следующей чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения с помощью выраженной заранее государствами-членами приверженности индивидуальной и коллективной работе с ВОЗ.

34. Комитет по обзору предлагает следующие рекомендации:

Рекомендация 12

35. **Создать более широкий глобальный резерв трудовых ресурсов общественного здравоохранения.** Государствам-членам по согласованию с ВОЗ следует создать более широкий глобальный резерв экспертов и специалистов общественного здравоохранения, мобилизуемых в рамках непрерывных мер в ответ на глобальную чрезвычайную ситуацию в области здравоохранения и используемых для работы в странах, которым необходима такая помощь. Численность, состав и правила привлечения и использования такого резерва - Глобального резерва трудовых ресурсов для чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения - следует определить посредством консультаций и взаимных соглашений между государствами-членами и ВОЗ. Численность и особые квалификации привлеченных экспертов будут зависеть от конкретных характеристик чрезвычайной ситуации, для реагирования на которую созываются члены этого резерва. Такой резерв значительно расширит существующую Глобальную сеть предупреждения о вспышках и ответных действий, укрепит ее состав, ресурсы и возможности для оказания лучшей поддержки непрерывным мерам в ответ на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения.

36. В настоящее время возможности ВОЗ по обеспечению устойчивой подготовки и реагирования на любую чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения крайне ограничены в результате хронической нехватки финансирования, которая усугубляется ограничениями, налагаемыми на использование средств, поступающих от государств-членов, партнеров и других доноров. Осознавая обеспокоенность в отношении эффективности и подотчетности, которая лежит в основе некоторых ограничений, Комитет считает, что создание за пределами ВОЗ резервного фонда, который будет в наличии для использования ВОЗ во время чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, будет разумным шагом для обеспечения незамедлительных и эффективных глобальных ответных мер.

Рекомендация 13

37. **Создать резервный фонд для чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения.** Государствам-членам следует создать фонд для чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения в сумме по крайней мере в 100 млн. долл. США, которая будет храниться на условиях доверительной собственности в таком месте и в такой форме, чтобы быть легко доступной для ВОЗ. Средства этого фонда, которые будут использоваться для удовлетворения пиковых потребностей, но не для приобретения материалов, будут высвобождаться частично или полностью во время

объявленной чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, на основе утверждения плана расходов и отчетности, представленного ВОЗ. Точные условия использования этого фонда должны быть обсуждены государствами-членами в консультации с ВОЗ.

*****

38. Комитет по обзору высоко оценивает усилия государств-членов по достижению согласия в отношении обмена вирусами и распределения вакцин. Комитет по обзору считает, что успех будет зависеть от взаимных ожиданий в отношении пропорциональных, сбалансированных преимуществ и вкладов всех участников. Соглашение, дающее односторонние преимущества, или ожидающее вкладов без выгоды, или же наоборот, никогда не будет ни приемлемым, ни устойчивым. Комитет по обзору также считает, что обязательства и преимущества, не связанные юридическими рамками, вряд ли будут длительными.

Рекомендация 14

39. **Достичь соглашения в отношении обмена вирусами и доступа к вакцинам и другим преимуществам.** Комитет по обзору настоятельно призывает государства-члены и ВОЗ завершить переговоры в рамках Рабочей группы государств-членов открытого состава по обеспечению готовности к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам. Успешное завершение этих переговоров приведет к более широкому наличию вакцин и большей справедливости в условиях следующей пандемии, а также к непрерывному и своевременному обмену вирусами гриппа.

40. Комитет по обзору предлагает рассмотреть следующие элементы в качестве части приемлемого соглашения.

41. Меры для расширения глобальных возможностей по производству вакцин:

- ВОЗ следует продолжить свою практику работы с лабораториями общественного здравоохранения с целью обеспечить широкое наличие посевных вакцинных штаммов для всех производителей вакцин.

- В той мере, в какой это соответствует национальным приоритетам, оценкам риска и ресурсам, Комитет по обзору настоятельно призывает страны ежегодно вакцинировать свое населения против сезонного гриппа. Это может уменьшить бремя болезни, содействовать расширению опыта местного производства, распределения и предоставления, а также способствовать увеличению глобального потенциала по производству вакцин. В более широком плане, опыт всесторонних программ, осуществляемых во время сезонного гриппа (в таких областях, как эпиднадзор, коммуникации, просвещение профессиональных работников и населения, меры охраны здоровья и фармацевтические препараты), обеспечивает ценную подготовку до наступления крупной пандемии.

- Комитет призывает страны укрепить свои возможности для получения, хранения, распределения и применения вакцин. Технические достижения, которые сокращают использование холодовой цепи и иным образом упрощают регулирование, упорядочат эти процессы.

- Комитет призывает государства-члены, международные организации и промышленность оказывать помощь в передаче технологий для производства вакцин и адъювантов в тех частях мира, в которых в настоящее время для этого отсутствуют возможности, таких как Африка, посредством создания таких программ, как Глобальный план действий по увеличению снабжения вакцинами против пандемического гриппа (GAP).

42. Меры для увеличения доступа, ценовой приемлемости и распределения пандемической вакцины:

- Все производители вакцин должны взять обязательство выделять 10% вакцин против пандемического гриппа из каждого производственного цикла в глобальный пул для перераспределения. ВОЗ должна отвечать за руководство выделением вакцин из этого пула на основе рекомендаций консультативного комитета.
- Увеличения доступа к вакцинам и антивирусным препаратам можно достичь с помощью предварительных соглашений между промышленностью, ВОЗ и странами. Эти соглашения должны быть обсуждены без учета подтипа вируса на определенный период времени (например, от трех до пяти лет) и регулярно пересматриваться и обновляться.
- Другие меры, которые могут способствовать большему и более справедливому доступу к вакцине, включают установление дифференцированных цен, прямую экономическую помощь странам с незначительными ресурсами и дополнительное бесплатное предоставление вакцины покупающими странами или производителями.
- Страны, получающие вакцину бесплатно, должны соблюдать ту же практику освобождения производителей от некоторых юридических обязательств или компенсации, как и любые другие покупатели вакцины.

43. Меры по выявлению и быстрой идентификации потенциальных пандемических вирусов гриппа:

- Каждое государство-член должно взять на себя обязательство быстро обменяться с сотрудничающими с ВОЗ лабораториями любыми биологическими образцами и вирусными изолятами, которые могут быть связаны с новым или вновь возникающим вирусом гриппа среди популяций человека или животных. Изоляты вирусов от животных должны быстро отправляться через соответствующую ветеринарную систему. Обмен образцами и вирусными изолятами должен сопровождаться договоренностями об обмене преимуществами, включая доступ к вакцинам.

*****

44. Возможностям мира предотвращать и ограничивать тяжелую пандемию препятствуют многие факторы: излишнее доверие к технологии производства вакцины, которая мало изменилась за последние 60 лет; необходимость приспособить вакцину к конкретным вирусным штаммам; неспособность предсказать, какие вирусы гриппа будут опасными для здоровья человека; неопределенность в отношении эффективности многих фармацевтических препаратов и мер общественного здравоохранения; отсутствие испытанных на местах, быстрых, доступных, исключительно чувствительных и специфичных диагностических тестов; и ограничения, связанные с инфраструктурой, ресурсами и возможностями во многих странах. Необходимы также лучшие знания и практические стратегии для осуществления мер защиты общественного здравоохранения и индивидуальной защиты, таких как мытье рук, респираторный этикет, изоляция и социальное дистанцирование.

45. Некоторые из этих ограничений можно со временем уменьшить с помощью национальных и международных исследований. Кроме того, результаты исследований индивидуальных и общественных защитных мер могут применяться к любой возникающей угрозе для здоровья населения, особенно если существует мало или не существует никаких лекарств или вакцин. Поскольку оценка мер общественного здравоохранения обычно должна проводиться в реальное время развития вспышки, важно заранее разработать и подготовить протоколы и планы исследований. Помимо достижений в исследованиях, глобальная устойчивость зависит от факторов организма и окружающей среды, поэтому улучшение состояния здоровья, содействие экономическому развитию и укрепление систем здравоохранения могут уменьшить воздействие будущего пандемического вируса.

Рекомендация 15

46. **Продолжать осуществление всесторонней программы исследования и оценки гриппа.** Государства-члены, индивидуально и в сотрудничестве друг с другом и с ВОЗ, должны продолжать осуществление всесторонней программы исследования и оценки гриппа. Это должно основываться на тщательном рассмотрении фактических данных, полученных во всех областях из пандемии H1N1 - 2009. Основные цели исследования включают: укрепить технологии эпиднадзора, а также эпидемиологические и лабораторные возможности для улучшения выявления, характеризации и мониторинга новых вирусов; идентифицировать детерминанты вируса и организма-хозяина, определяющие трансмиссивность и вирулентность; разработать быстрые, точные, недорогостоящие диагностические тесты для использования в местах оказания медицинской помощи; улучшить точность и своевременность прогнозов, основанных на моделировании; создать более широкий спектр исключительно эффективных, безопасных и более долгосрочных вакцин; ускорить производство вакцин и увеличить объем их производства; разработать более эффективные антивирусные лекарства и противомикробные препараты для лечения бактериальных осложнений; оценить эффективность лекарств, вакцин, оборудования индивидуальной защиты и общественных мероприятий; и укрепить передачу информации о риске. Значительную часть этих исследований и оценок можно и следует провести во время отсутствия пандемии. Однако некоторые исследования могут быть проведены только во время глобального события, такого как пандемия. Для таких исследований важно заранее подготовить протоколы и определить финансирование, чтобы исследования могли начаться незамедлительно.

47. Комитет по обзору с полным уважением адресовал эти 15 рекомендаций Всемирной организации здравоохранения, Всемирной ассамблее здравоохранения и ее государствам-членам, а также более широкому глобальному сообществу. В Таблице 4.1 изложены эти рекомендации в соответствии с основной ответственностью (ВОЗ или государств-членов) и временем для исполнения (один год, два года, более двух лет). Комитет считает, что все 15 рекомендаций должны быть выполнены без задержек.

Таблица 4.1 Распределение ответственности основных сторон и сроки выполнения рекомендаций в полном объеме

	Краткосрочная перспектива (в течение 1 года)	**Среднесрочная перспектива (в течение 2 лет)**	**Долгосрочная перспектива (более 2 лет)**
Под началом ВОЗ	**Улучшить информационный сайт ВОЗ о событиях** (Рекомендация 2) **Укрепить внутренний потенциал ВОЗ для принятия устойчивых ответных мер** (Рекомендация 5) **Улучшить практику назначения Комитета по чрезвычайной ситуации** (Рекомендация 6) **Упорядочить ведение руководящих документов** (Рекомендация 9) **Разработать и осуществить стратегическую, общую для всей Организации политику в области коммуникаций** (Рекомендация 10)	**Пересмотреть руководство по обеспечению готовности к пандемии** (Рекомендация 7) **Разработать и применить меры для оценки степени тяжести пандемии** (Рекомендация 8)	**Усилить основанные на фактических данных решения, касающиеся международных поездок и международной торговли** (Рекомендация 3)
Под началом стран	**Достичь соглашения в отношении обмена вирусами и доступа к вакцинам и другим преимуществам** (Рекомендация 14)	**Обеспечить необходимые полномочия и ресурсы для всех национальных координаторов по ММСП** (Рекомендация 4)	**Ускорить создание основных возможностей, требуемых ММСП** (Рекомендация 1)

	Краткосрочная перспектива (в течение 1 года)	**Среднесрочная перспектива (в течение 2 лет)**	**Долгосрочная перспектива (более 2 лет)**
Под совместным началом		**Поощрение практики заключения предварительных соглашений на распределение и поставку вакцин** (Рекомендация 11) **Создание глобального резерва специалистов общественного здравоохранения в расширенном составе** (Рекомендация 12) **Создание резервного фонда на случай чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения** (Рекомендация 13)	**Осуществление комплексной программы изучения гриппа и оценки ситуации с ним** (Рекомендация 15)

48. Несмотря на то, что во время пандемии было сделано все возможное, главным детерминантом последствий был вирус, который ее вызвал. В условиях вирулентной пандемии гриппа или любой подобной глобальной, устойчивой и угрожающей чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, мир продолжает подвергаться риску массовых разрушений, страданий и потерь жизней. Комитет надеется, что данные рекомендации помогут ВОЗ и ее государствам-членам лучше подготовиться к предотвращению, уменьшению и преодолению будущих угроз для здоровья.

Ссылки

1. Domínguez-Cherit G et al. Critically Ill patients with 2009 influenza A(H1N1) in Mexico. *The Journal of the American Medical Association*, 2009, 302:1880–1887.doi:10.1001/jama.2009.1536 PMID:19822626

2. Kumar A et al.; Canadian Critical Care Trials Group H1N1 Collaborative. Critically ill patients with 2009 influenza A(H1N1) infection in Canada. *The Journal of the American Medical Association*, 2009, 302:1872–1879.doi:10.1001/jama.2009.1496 PMID:19822627

3. President's Council of Advisors on Science and Technology. Report to the President on US preparations for the 2009–H1N1 Influenza. 7 August 2009.

4. Shrestha SS et al. Estimating the burden of 2009 pandemic influenza A (H1N1) in the United States (April 2009–April 2010). *Clinical Infectious Diseases*, 2011, 52 Suppl 1;S75–S82.doi:10.1093/cid/ciq012 PMID:21342903

Дополнение I

КРУГ ВЕДЕНИЯ КОМИТЕТА ПО ОБЗОРУ ММСП И МЕТОД РАБОТЫ

1. Оценка глобальных ответных мер в связи с пандемией H1N1 будет проводиться Комитетом по обзору Международных медико-санитарных правил, который является комитетом экспертов с широким кругом научных знаний и практическим опытом работы в сфере общественного здравоохранения. Члены комитета являются ведущими специалистами мира в своей области.

2. Международные медико-санитарные правила 2005 г. (ММСП) являются международным соглашением, имеющим обязательную юридическую силу для 194 государств-участников во всем мире, включая государства-члены ВОЗ. Основной целью ММСП является оказание помощи международному сообществу в предотвращении острых рисков для общественного здравоохранения, которые могут выходить за пределы национальных границ и представлять угрозу для всех людей в мире, а также в осуществлении ответных действий.

3. В январе 2010 г. Исполнительный комитет ВОЗ обратился к Генеральному директору с предложением дать рекомендации относительно проведения оценки международных ответных действий в отношении пандемического гриппа, и затем одобрил ее предложение о созыве Комитета по обзору ММСП для оценки как ответных мер на пандемию, так и функционирования ММСП.

4. Пандемический грипп H1N1 представляет собой первую, возникшую после вступления в силу пересмотренных ММСП чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение. ММСП сыграли важнейшую роль в осуществлении глобальных мер в ответ на пандемию, и поэтому проведение обзора ММСП и обзора глобальных действий по реагированию на пандемию гриппа тесно взаимосвязаны.

5. ММСП способствуют осуществлению скоординированных международных действий, требуя от стран сообщать ВОЗ об определенных вспышках заболеваний и событиях в области общественного здравоохранения, чтобы информация о важных событиях в глобальном масштабе предоставлялась своевременно и открыто.

6. Впервые ММСП начали осуществляться (т.е. "вступили в силу") в мировом масштабе в 2007 году. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла решение о том, что первый обзор функционирования ММСП будет осуществлен на Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2010 года.

Цели

7. Обзор преследует три основные цели:

- оценка функционирования Международных медико-санитарных правил (2005 г.);

- оценка осуществляемых в глобальном масштабе мер в ответ на пандемию H1N1 (включая роль ВОЗ); и
- выявление основных уроков в целях усиления готовности и ответных мер в отношении будущих пандемий и чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения.

Комитет

8. Комитет по обзору ММСП состоит примерно из 27 членов, отобранных из списка экспертов в рамках структуры ММСП или других комитетов экспертов ВОЗ. Комитет представляет широкий спектр знаний, практического опыта работы и квалификации его членов и включает экспертов из развитых и развивающихся стран.

9. Члены комитета входят в число ведущих мировых специалистов в своих областях. Они не являются сотрудниками ВОЗ, равно как и не получают финансирования от ВОЗ за участие в процессе обзора. Фамилии членов комитета были опубликованы до первого совещания Комитета.

10. На первом совещании председателем был избран профессор Harvey V. Fineberg; профессор Babatunde Osotimehin был избран заместителем председателя, а д-р Silvia Bino - докладчиком.

11. Комитет по обзору ММСП считается комитетом экспертов ВОЗ. Являясь таковым, он будет функционировать согласно существующим правилам для консультативных групп и комитетов экспертов ВОЗ и положениям ММСП.

Ход работы

12. Комитет определит методы и порядок своей работы.

13. Первое совещание состоялось в Женеве в штаб-квартире ВОЗ 12-14 апреля 2010 года.

14. Среди приглашенных на первое совещание наблюдателей – представители всех государств-участников ММСП (194 страны), учреждений Организации Объединенных Наций и соответствующих межправительственных организаций, а также неправительственных организаций, состоящих в официальных отношениях с ВОЗ.

15. Комитет проинформирует Генерального директора о своем мнении и результатах работы. На основании рекомендаций комитета Генеральный директор представит Всемирной ассамблее здравоохранения в мае 2010 г. промежуточный отчет, а в мае 2011 г. – второй, заключительный отчет.

Участие стран (государства-участники ММСП)

16. Страны будут иметь возможность выступить с краткими сообщениями на первом совещании комитета и смогут также в письменном виде представить Комитету по обзору

ММСП свои замечания по основным вопросам и проблемам, вызывающим озабоченность, а также извлеченным урокам в отношении ответных мер в связи с пандемией и по вопросам функционирования ММСП.

Метод работы

17. Комитет по обзору провел значительную часть своей работы посредством пленарных заседаний в штаб-квартире ВОЗ в Женеве. Для обеспечения транспарентности эти заседания были открытыми для средств массовой информации. Комитет заслушал выступления отдельных лиц, представляющих государства-участники, национальных координаторов по ММСП, межправительственные организации, неправительственные организации, учреждения Организации Объединенных Наций, промышленность, работников здравоохранения, экспертов, средства массовой информации, председателей соответствующих комитетов и Секретариат ВОЗ.

18. Комитет в полном составе и его рабочие группы провели также в Женеве совещательные заседания, открытые только для членов Комитета и непосредственно связанных с ним административно-технических сотрудников. Дальнейшие консультации были проведены между административно-техническими сотрудниками, председателем и рабочими группами Комитета посредством телефонных конференций и обмена сообщениями по электронной почте.

19. Несмотря на то, что Комитет по обзору функционирует независимым образом, он часто обращается в Секретариат ВОЗ за информацией с просьбой уточнить вопросы, возникающие в ходе сбора данных и во время составления докладов. Сотрудники ВОЗ предоставили письменные ответы на многочисленные вопросы, поставленные Комитетом, и неофициально беседовали с членами Комитета. ВОЗ предоставила Комитету неограниченный доступ к внутренним документам, и члены Комитета подписали соглашения о неразглашении, чтобы иметь возможность рассматривать конфиденциальные юридические документы.

20. Секретариат ВОЗ разработал для Комитета ряд инструктивных записок, дающих справочную информацию по таким вопросам, как: ММСП; готовность к пандемии, фазы пандемии; степень тяжести пандемии; пандемическая вакцина; противовирусные препараты; вирусологический мониторинг; мониторинг болезней; лабораторное реагирование; меры общественного здравоохранения; и Рабочая группа государств-членов открытого состава по обеспечению готовности к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам. Комитет имеет доступ к ряду исследований, содержащих оценку функционирования Приложения 2 ММСП (то есть, схемы принятия решений для оценки государствами-членами событий в области общественного здравоохранения и уведомления о них), а также к докладам о ходе осуществления ММСП. По просьбе Комитета Секретариат ВОЗ разработал матрицу ключевых функций ММСП в области общественного здравоохранения и определил широкий круг непандемических событий, уведомления о которых поступили в ВОЗ после вступления в силу ММСП. Комитет отобрал 18 событий и предложил Секретариату

подготовить краткое описание каждого события для содействия предпринимаемой им оценке функций ММСП в области общественного здравоохранения.

21. Комитет предпринял усилия к тому, чтобы документировать роль ВОЗ в руководстве борьбой против пандемии и оценить эффективность ММСП. Это потребовало тщательного изучения событий и решений, принимаемых в ходе пандемии, изучения критических высказываний в адрес Организации, и оценки ее достижений. Цель с самого начала состояла в выявлении наилучшего способа защиты мира от следующей чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения. Во время всех своих обсуждений Комитет стремился проводить тщательную, систематическую, открытую и объективную работу. Настоящий доклад содержит полное описание фактических данных, представленных Комитету в ходе собеседований и в документах, а также оценку Комитета и толкование этих фактических данных.

Дополнение II

ОПЫТ РАБОТЫ И БИОГРАФИИ ЧЛЕНОВ КОМИТЕТА ПО ОБЗОРУ

Д-р Preben Aavitsland, заместитель директора/главный эпидемиолог, Отдел эпидемиологии инфекционных болезней Норвежского института общественного здравоохранения, Осло, Норвегия

1. Preben Aavitsland имеет ученую степень доктора медицинских наук и является главным эпидемиологом Норвегии и директором Департамента эпидемиологии инфекционных болезней в Норвежском институте общественного здравоохранения, который выполняет функции координационного центра ММСП в Норвегии. Он также сотрудничает с Консультативным форумом Европейского центра по контролю и профилактике заболеваний и руководит сетью "EpiNorth" по профилактике инфекционных болезней в Северной Европе. Он является консультантом в клинике контрацепции в Осло – некоммерческой клинике, осуществляющей свою деятельность под руководством неправительственной организации.

2. Д-р Aavitsland был членом норвежской делегации в Межправительственной рабочей группе, которая обсуждала вопрос пересмотра Международных медико-санитарных правил в период 2004-2005 годов. Он был главным консультантом органов здравоохранения по вопросам принятия ответных мер и обеспечения готовности к пандемии и в разное время занимал должность председателя или секретаря группы по выявлению случаев пандемии при своем институте. В 2008 г. он возглавлял группу технического консультирования по руководству и оценке Приложения 2 к ММСП.

3. С 1997 по 2009 год работал медицинским редактором *Журнала норвежской медицинской ассоциации*. Является автором 70 оригинальных статей в рецензируемых научных журналах, в основном по тематике эпидемиологии ВИЧ-инфекции, внутрибольничных инфекций и вспышек инфекционных болезней. Курирует нескольких аспирантов в Университете Осло, где он также получил свой медицинский диплом.

Профессор Tjandra Y. Aditama, генеральный директор управления по борьбе с болезнями и гигиене окружающей среды Министерства здравоохранения, Джакарта, Индонезия

4. Tjandra Yoga Aditama имеет ученую степень доктора медицинских наук и является генеральным директором управления по профилактике болезней и гигиене окружающей среды Министерства здравоохранения Индонезии.

5. Профессор Aditama отвечает за национальные координационные центры ММСП в Индонезии. В 2009 г. принимал участие в мероприятиях по борьбе со штаммом H5N1и пандемией гриппа H1N1. В феврале 2011 г. профессор Aditama также временно занимал должность советника по вопросам неинфекционных болезней при Региональном бюро для стран Юго-Восточной Азии.

6. Профессор Aditama работал профессором пульмонологии и респираторной медицины медицинского факультета Индонезийского университета и адъюнкт-профессором в Центре здравоохранения и гигиены окружающей среды Гриффитского университета в Австралии. Является автором более 100 публикаций.

7. В государственном секторе здравоохранения профессор Aditama занимал руководящие должности, а также работал в качестве научного исследователя. После завершения своих медицинских исследований работал руководителем медицинских центров в нескольких муниципалитетах. Специальность в области пульмонологии и респираторных заболеваний (консультант-инфекциолог) получил в Индонезийском университете. В начале 1990-х годов занимал должность заместителя директора, а затем директора больницы в Песахабатане.

Д-р Silvia Bino, адъюнкт-профессор по инфекционным заболеваниям, руководитель департамента по борьбе с инфекционными заболеваниями Института общественного здравоохранения, Тирана, Албания

8. Silva Bino имеет ученую степень доктора медицинских наук и философии и является руководителем департамента по профилактике инфекционных болезней в Институте общественного здравоохранения и адъюнкт-профессором по инфекционным болезням медицинского факультета Тиранского университета (Албания). С 2000 по 2006 год занимала должность руководителя Национального института общественного здравоохранения и посвятила свою карьеру разработке инновационных стратегий профилактики и борьбы с инфекционными болезнями и укрепления систем эпиднадзора в странах с ограниченными ресурсами.

9. В 2009 г. в Албании д-р Bino координировала деятельность по надзору, диагностике и принятию ответных мер против пандемии гриппа А (H1N1). Она также является членом национальной группы по осуществлению ММСП и принимала участие в работе по осуществлению ММСП в Юго-Восточной Европе.

10. Д-р Bino занимала должность регионального координатора организации по укреплению системы эпиднадзора и профилактики инфекционных болезней в Юго-Восточной Европе, которая содействовала укреплению систем раннего оповещения, разработке соответствующей политики, созданию системы готовности и ответных мер и использованию прикладной системы эпидемиологической подготовки и системы сотрудничества между специалистами и учреждениями в области осуществления ММСП.

11. С 2000 г. координирует программу иммунизации. Кроме того, она содействовала учреждению в Албании синдромной Системы раннего оповещения.

12. Является автором ряда статей по тематике инфекционных болезней, опубликованных в профессиональных и научных журналах, и принимала участие в работе над различными руководствами, книгами и докладами по инфекционным болезням, гриппу и системе эпиднадзора в области здравоохранения.

13. Работала в качестве консультанта в ВОЗ и других организациях ООН и до апреля 2009 г. являлась членом Стратегической консультативной группы экспертов в области иммунизации.

14. Свой медицинский диплом и докторскую степень получила в Тиранском университете, затем продолжила обучение в аспирантуре по специальность "инфекционные болезни, микробиология, эпидемиология и общественное здравоохранение" в Швейцарии, Бельгии, Соединенном Королевстве и США.

Д-р Eduardo Hage Carmo, эпидемиолог, Южноамериканский государственный институт здравоохранения (ISAGS), проект Союза наций Южной Америки (UNASUR), Институт общественного здравоохранения при Государственном университете в Байиа и консультант при секретариате управления по эпидемиологическому надзору Министерства здравоохранения Бразилии.

15. Eduardo Hage Carmo имеет ученую степень доктора медицинских наук и философии и работает эпидемиологом в Южноамериканском государственном институте здравоохранения (ISAGS) Союза наций Южной Америки (ISAGS) в Рио-де-Жанейро и в Институте общественного здравоохранения при Государственном университете в Байиа (Бразилия). Он также работает консультантом при секретариате управления по эпидемиологическому надзору Министерства здравоохранения в Бразилиа (Бразилия) и с марта 2007 г. по февраль 2011 г. выполнял функции директора управления по эпидемиологическому надзору Министерства здравоохранения в Бразилиа (Бразилия).

16. В 2009 г. в качестве директора управления по эпидемиологическому надзору в Министерстве здравоохранения Бразилии руководил работой по подготовке к осуществлению ответных мер по борьбе с пандемией гриппа A (H1N1), в том числе по разработке соответствующих решений для принятия на государственном уровне. Все его научные работы финансировались государственными учреждениями. Его работа в качестве директора также была посвящена эпидемиологическому надзору, инфекционным болезням, обеспечению готовности и ответным мерам в области здравоохранения в чрезвычайных ситуациях, оценке системы здравоохранения, технологиям в области здравоохранения, мерам по профилактике и контролю, международному здравоохранению и осуществлению ММСП на региональном и национальном уровнях. С 2002 г. сотрудничал с ПАОЗ и ВОЗ по налаживанию процессов пересмотра ММСП, а также по их осуществлению и мониторингу, в том числе по разработке мер, процедур и учебной методики. Начиная с 2003 г. участвовал в консультативных встречах ВОЗ по обеспечению готовности и ответным мерам против гриппа, содействуя тем самым разработке региональных и национальных планов.

17. Начиная с 1986 г. его научная карьера была посвящена здравоохранению, эпидемиологии, эпидемиологическому надзору, инфекционным болезням и Международным медико-санитарным правилам. Д-р Camo является автором и соавтором ряда глав в научном труде по эпидемиологическому переходу и надзору за инфекционными болезнями, а также автором 27 статей. Был удостоен премий Дж. Сноуа и Фреда Л. Соупера.

18. Свой медицинский диплом, степень магистра и докторскую степень в области здравоохранения получил в Государственном университете в Байиа. Д-р Eduardo Hage Carmo занимает должность эпидемиолога Южноамериканского государственного института здравоохранения (ISAGS), проекта Союза наций Южной Америки (UNASUR), Института общественного здравоохранения при Государственном университете в Байиа и консультанта при секретариате управления по эпидемиологическому надзору Министерства здравоохранения Бразилии

Д-р Martin Cetron, директор отдела глобальной миграции и карантина Национального центра по новым и зоонозным инфекционным болезням, Центры по контролю и профилактике заболеваний, Атланта, Джорджия, Соединенные Штаты Америки

19. Martin Cetron имеет степень доктора медицинских наук и является директором отдела миграции и карантина (DGMQ) в Центрах США по контролю и профилактике заболеваний (CDC). Он также занимает различные должности на факультете медицинского училища Эмори и в Медицинском училище Роллинса. До того как перейти в 1997 г. в DGMQ, работал в Отделе паразитарных и бактериальных заболеваний CDC

20. В CDC д-р Cetron руководит работой по обеспечению готовности и ответным мерам в области здравоохранения. В 2001 г. он играл в CDC ведущую роль в принятии ответных мер во время биотеррористического инцидента с сибирской язвой, в 2003 г. – во время глобальной эпидемии САРС и вспышки обезьяньей оспы в США, в 2005 г. занимался ликвидацией последствий ураганов Катрина/Рита, а также пандемии гриппа А (H1N1). Является членом ведущей группы CDC по обеспечению готовности и ответным мерам. В 2009 г. во время пандемии H1N1 вел в CDC работу по принятию ответных мер на международных границах и разработке стратегий смягчения последствий на местном уровне.

21. Был членом делегации США на переговорах по пересмотру Международных медико-санитарных правил. Д-р Cetron работал в качестве эксперта-консультанта ВОЗ по вопросам ММСП и обеспечения готовности и ответным мерам в связи с пандемией гриппа.

22. В своей исследовательской работе проявляет особый интерес к вопросам международного здравоохранения и миграции на глобальном уровне, обращая особое внимание на новые инфекции, тропические болезни и болезни, которые можно предотвратить с помощью вакцин, среди мобильных групп населения. Является соавтором более 100 публикаций.

23. Martin Cetron закончил Дартмутский колледж и Тафтское медицинское училище. В Вирджинском университете прошел курс обучения по специальности "медицина внутренних болезней", В Вашингтонском университете – по специальности "инфекционные болезни", в CDC прошел подготовку в службе сбора информации по эпидемической обстановке.

Д-р Omar El Menzhi, Директор, Директорат по эпидемиологии и борьбы с болезнями, Министерство здравоохранения, Рабат, Марокко

24. Доктор медицинских наук Omar El Menzhi является директором Директората по эпидемиологии и борьбе с болезнями в Министерстве здравоохранения в Марокко. На протяжении 25 лет занимал должность руководителя служб здравоохранения в различных регионах Марокко, затем, с 2007 по 2009 год, занимал пост регионального руководителя в сфере здравоохранения в области Большая Касабланка. Бóльшую часть своей профессиональной карьеры посвятил разработке политики в области здравоохранения и управлению службами здравоохранения с акцентом на осуществление и оценку медико-санитарных программ.

25. Д-р El Menzhi отвечает за Национальные координационные центры ММСП в Марокко, в 2009 г. в своей стране принимал активное участие в борьбе с пандемией H1N1. Внес вклад в разработку стратегических документов по различной тематике, начиная с национальной стратегии непрерывного образования и заканчивая профилактикой инфекционных и неинфекционных болезней.

26. Степень доктора медицинских наук получил в университете Мохаммеда в Рабате, ученую степень магистра в области общественного здравоохранения – в Открытом университете Брюсселя. Получил свидетельство по специальности "подготовка руководящих кадров в сфере здравоохранения" и ученую степень за исследования малярии в университете Бордо.

Д-р Юрий Федоров, заместитель директора Федерального противочумного центра, Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Москва, Российская Федерация

27. Доктор естественных и медицинских наук Юрий Федоров является заместителем директора Федерального противочумного центра, Отдел эпидемиологического надзора и санитарной защиты территории Российской Федерации, Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Работает профессором эпидемиологии в Московском медицинском университете (аспирантура).

28. Имеет более чем 30-летний опыт работы в области планирования, руководства и осуществления национальных программ по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями на национальном уровне, а также в области подготовки профессиональных кадров на региональном уровне.

29. Участвовал в разработке и осуществлении ММСП (2005 г.).

Профессор Harvey V. Fineberg, президент Медицинского института, Вашингтон, округ Колумбия, США

30. Доктор медицинских наук и философии Harvey V. Fineberg является президентом Медицинского института США. С 1997 по 2001 год, после 13 лет работы в качестве декана Гарвардского училища общественного здравоохранения, занимал должность ректора

Гарвардского университета. Бо́льшая часть его академической карьеры посвящена таким темам, как политика в области здравоохранения и принятие решений в области медицины. В своих прошлых исследованиях уделял особое внимание процессу разработки и осуществления политики, оценке медицинской методологии, оценке и использованию вакцин и распространению медицинских инноваций.

31. Д-р Fineberg помогал создавать Общество по принятию решений в области медицины, в котором он занимал должность президента. Он также работал в качестве консультанта во Всемирной организации здравоохранения. В Медицинском институте выполнял функции председателя и работал в целом ряде комитетов экспертов, которые занимались самыми различными вопросами политики в области здравоохранения, варьировавшихся от СПИДа до новых медицинских технологий.

32. Во время вспышки пандемии H1N1 был неофициальным советником при правительстве США (в том числе в CDC США и Министерстве здравоохранения и социальных услуг).

33. Д-р Fineberg является соавтором трудов "Clinical Decision Analysis" ("Анализ клинического заключения"), "Innovators in Physician Education" ("Новаторы в деле обучения терапевтов") и "The Epidemic that Never Was" ("Эпидемия, которой никогда не было"), представляющих собой анализ противоречивой федеральной программы иммунизации против свиного гриппа, проведенной в 1976 году. Является одним из редакторов нескольких трудов по таким разным темам, как предупреждение СПИДа, безопасность вакцин и понимание рисков в обществе. Является также автором многих статей, опубликованных в профессиональных журналах. Д-р Fineberg – обладатель нескольких почетных степеней и премии Джозефа Маунтина CDC США. Получил степень бакалавра, медицинскую и докторскую степень в Гарвардском университете.

Г-н Andrew Forsyth, руководитель группы, медико-санитарное законодательство и политика, бюро директора Управления общественного здравоохранения, Министерство здравоохранения, Веллингтон, Новая Зеландия

34. Andrew Forsyth имеет почетную ученую степень бакалавра в области общественного здравоохранения, является руководителем группы по медико-санитарному законодательству и политике в Министерстве здравоохранения Новой Зеландии. На этом посту он поддерживает работу Национального координационного центра ММСП в Новой Зеландии. В течение 2009 г. г-н Forsyth принимал участие в национальном планировании и сборе данных для принятия в Новой Зеландии ответных мер против пандемии гриппа.

35. Имеет более чем 20-летний опыт работы в сфере подготовки медицинских кадров и политики в области санитарного состояния окружающей среды. В последнее время возглавлял работу по подготовке законодательства по питьевой воде, национальной программы скрининга шейки матки и кардинального пересмотра основного нормативно-правового акта Новой Зеландии в области общественного здравоохранения – Закона о здравоохранении 1956 года. В 2004 и 2005 гг. принимал участие на предварительных этапах консультации и в последующих межправительственных переговорах, в результате

которых были приняты пересмотренные Международные медико-санитарные правила. Работал в качестве консультанта в ВОЗ и обеспечивал подготовку в вопросах осуществления ММСП (2005 г.) в Тихоокеанском регионе.

36. Получил почетную ученую степень бакалавра в Университете Виктории в Веллингтоне и диплом в области общественного здравоохранения – в Университете Отаго, Веллингтонское медицинское училище.

Д-р Claudia Gonzalez, партнер-директор фирмы "Эпи-Сур Консульторес" и профессор Центра эпидемиологии и политики в области общественного здравоохранения при университете "Десарролье", Сантьяго, Чили

37. Claudia Gonzalez имеет степень магистра в области общественного здравоохранения и работает консультантом в международной консалтинговой фирме "Эпи-Сур Консульторес", оказывающей международным, правительственным и неправительственным организациям консультации и консультационные услуги в области здравоохранения. Фирма консультировала ПАОЗ по вопросам инфекционных болезней (в том числе по гриппу), а также чилийские университеты и правительство. Начиная с января 2011 г. д-р Gonzalez также ведет преподавательскую работу в Центре эпидемиологии и политики в области общественного здравоохранения при университете "Десарролье" Сантьяго (Чили).

38. С 2005 г. по июль 2010 г. работала на должности эпидемиологического координатора в Министерстве здравоохранения Чили, где она занималась главным образом вопросами эпидемиологического надзора и разработки системы исследований в целях обоснования решений на уровне государственной политики. До этого времени работала в научно-исследовательской группе эпидемиологического департамента, где занималась разработкой национальной модели эпидемиологического надзора, национальных целей Чили в области здравоохранения на период 2000-2010 гг. и демографических обзоров, имеющих целью определить качество жизни и распространенность болезней и факторов риска среди различных групп населения.

39. Начиная с 2002 г. принимала активное участие в разработке национального плана борьбы с пандемией, а в 2009 г. возглавила исполнительный секретариат Комитета по борьбе со вспышками болезней и чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения – органом, который отвечал в 2009 г. за борьбу с пандемией H1N1 в Чили. Она также занимала должность руководителя национального координационного центра (2005 г.) и отвечала за осуществление ММСП в Чили.

40. Она является автором многих статей, опубликованных в национальных и международных научных журналах. Принимала участие в подготовке проекта ряда рекомендаций и научных трудов в области эпидемиологических исследований рака, ВИЧ/СПИДа и инфекционных болезней, включая пандемию вируса гриппа А (H1N1) в 2009 году.

41. Она принимала участие в целом ряде международных совещаний и форумов по гриппу и ММСП (2005 г.), организованных ВОЗ/ПАОЗ.

Д-р Mohammad Mehdi Gouya, генеральный директор центра по профилактике болезней при Министерстве здравоохранения и медицинского образования, Тегеран, Исламская Республика Иран

42. Mohammad Mehdi Gouya имеет ученую степень доктора медицинских наук и является генеральным директором Центра по профилактике болезней (CDC) при Министерстве здравоохранения и медицинского образования Исламской Республики Иран и главным советником представителя по вопросам здравоохранения Министерства здравоохранения и медицинского образования. С 1990 г. работал старшим преподавателем на медицинском факультете Иранского университета медицинских наук, где проводил исследования по тематике общественного здравоохранения. Д-р Gouya занимает должность руководителя Национального координационного центра Международных медико-санитарных правил, а также отвечает за разработку плана обеспечения готовности к пандемии в своей стране. Кроме того, он выполняет функции председателя Национального технического комитета по гриппу и является членом Высшего совета по здравоохранению в кабинете министров.

43. Mohammad Mehdi Gouya занимает должность регионального советника ВОЗ по СПИДу (Региональная консультационная группа АРАГ по СПИД/ВИЧ/БППП) и является членом Координационного совета программы ЮНЭЙДС. Он также выполнял на временной основе функции консультанта ВОЗ по проблематике Региональной системы ВСРБ по укреплению здоровья, профилактике несчастных случаев и туберкулезу.

44. Кроме того, он работал на посту руководителя национального проекта по линии следующих проектов: Глобальный фонд по борьбе против СПИДа, туберкулеза и малярии и совместный проект с CDC по борьбе с ВИЧ/СПИДом, а также во главе секретариата национальных комитетов по ВИЧ/СПИДу, ТБ, малярии и зоонозным болезням, иммунизации и неинфекционным болезням. Он также был членом Постоянной комиссии секретариата Высшего национального совета по санитарным нормам и безопасности пищевых продуктов.

45. Степень доктора медицинских наук Mohammad Mehdi Gouya получил в университете Гондишапура, Ахваз (Исламская Республика Иран), а специализацию в области инфекционных и тропических болезней – в Тегеранском университете медицинских наук (Исламская Республика Иран). Он также имеет ученую степень магистра здравоохранения, полученную в Тегеранском университете медицинских наук.

Д-р Amr Mohamed Kandeel, руководитель отдела по превентивным мерам и эндемическим болезням, первый заместитель министра, Министерство здравоохранения и народонаселения, Египет

46. Amr Mohamed Kandeel имеет ученую степень доктора медицинских наук и философии и является первым заместителем министра, курирующим направление "превентивные меры и эндемические болезни" в Министерстве здравоохранения и народонаселения (Египет). В 1990 г. закончил медицинский факультет египетского университета Айн-Шамс. Имеет диплом в области общественного здравоохранения, степень бакалавра в области эпидемиологии, диплом по борьбе с инфекционными

болезнями и степень доктора философии в области общественного здравоохранения. С 2008 по 2010 год, после 17 лет работы эпидемиологом, директором департамента по борьбе с инфекциями и руководителем главного управления департамента по инфекционным болезням в Министерстве здравоохранения и народонаселения, он занимал должность заместителя министра по превентивным мерам, возглавляя отдел превентивных мер с 2008 по июнь 2010 года, а с июня 2010 г. по март 2011 г. – должность начальника кабинета при канцелярии министра.

47. Д-р Kandeel является руководителем национального координационного центра Египта по ММСП и принимал участие в планировании, обеспечении готовности и ответным мерам в связи с H1N1. Он присутствовал на многочисленных консультативных совещаниях, посвященных проблематике H1N1, H5N1 и ММСП.

48. В процессе своей профессиональной деятельности по превентивным мерам в Министерстве здравоохранения и народонаселения д-р Kandeel уделял особое внимание проблемам общественного здравоохранения и эпидемиологии. Кроме того, он принимал участие в планировании, оценке и мониторинге программ борьбы с инфекцией в медицинских учреждениях, а также в разработке Национальных руководящих принципов инфекционного контроля в Египте и планировании, оценке и мониторинге общенациональных компаний по искоренению полиомиелита, столбняка у новорожденных и кори.

49. Д-р Kandeel курировал работу по обеспечению вакцин в Египте, а также программу расширенной иммунизации по линии группы по эпиднадзору и с 2004 г. по июнь 2010 г. участвовал во всех исследованиях вспышек пандемии в Египте.

50. В области инфекционных болезней д-р Kandeel участвовал в подготовке ежегодного бюллетеня по инфекционным болезням в Египте, в планировании и обновлении национальных стратегий в области инфекционного контроля, в формировании системы оценки и мониторинга борьбы против инфекции в учреждениях первичной медико-санитарной помощи и в соответствующем научно-исследовательском проекте. Д-р Kandeel опубликовал в международных журналах 14 статей на различные темы, касающиеся проблем общественного здравоохранения.

Д-р Arlene King, главный санитарный врач, Министерство здравоохранения и долгосрочной помощи Онтарио в Торонто, Онтарио, Канада

51. Доктор медицинских наук, стипендиат Королевского колледжа терапевтов Канады Arlene King является главным санитарным врачом в Министерстве здравоохранения и долгосрочной помощи Онтарио (Канада). Она является признанным на международном уровне специалистом в области иммунизации, инфекционных болезней и обеспечения готовности к пандемии. Она также является адъюнкт-профессором факультета общественного здравоохранения Далла Лана Торонтского университета. До перехода на работу в Министерство д-р King занимала должность генерального директора Центра иммунизации и инфекционных респираторных заболеваний (в том числе гриппа и пандемии гриппа) в Министерстве общественного здравоохранения Канады (PHAC). Она

также занимала несколько других должностей в Министерстве здравоохранения/PHAC, в том числе должность Генерального директора отдела обеспечения готовности к пандемии.

52. В период с 2006 по 2009 год д-р King курировала работу по противопандемическому медико-санитарному планированию в Канаде. Когда в 2009 г. произошла вспышка пандемии гриппа А (H1N1), она обеспечивала техническое руководство ответными мерами в Министерстве общественного здравоохранения Канады. С июня 2009 г. по август 2010 г. она руководила противопандемическими мерами в Онтарио в качестве главного санитарного врача провинции.

53. Она также занимала ряд ключевых постов в Центре по борьбе с болезнями Британской Колумбии и работала главным санитарным врачом в Ванкувере и Бернаби (Британская Колумбия), а также семейным врачом в северном районе Альберты (Канада).

54. Д-р King занимала пост консультанта во Всемирном банке и КАМР по вопросам возникающих инфекционных болезней. Работала в комитете Глобального альянса по вакцинам и иммунизации (2004-2006 гг.), консультантом ВОЗ по полиомиелиту, ТОРС и гриппу, была членом технической консультативной группы ПАОЗ по иммунизации и аттестационной комиссии в АФРБ по искоренению полиомиелита. До 2009 г. вела в Канаде межправительственные переговоры по образцам вирусов и совместному использованию преимуществ.

55. Д-р King получила докторскую степень в университете МакМастера и диплом семейного доктора в университете Калгари. Ученая степень магистра в области медицинских наук была ей присвоена в Университете Британской Колумбии. Она является членом Королевского колледжа врачей и хирургов Канады в области общинной медицины.

Профессор Abdulsalami Nasidi, бывший директор управления общественного здравоохранения Федерального министерства здравоохранения, Абуджа, Нигерия

56. Abdulsalami Nasidi имеет степень доктора медицинских наук и философии и является специалистом здравоохранения с 32-летним опытом работы в области клинической медицины, общественного здравоохранения, вирусологии и разработки вакцин и биологических продуктов. Бывший директор управления общественного здравоохранения по особым поручениям в Федеральном министерстве здравоохранения Нигерии. В настоящий момент на государственной службе не находится. Сейчас он возглавляет научно-исследовательскую группу "EchiTAb" (Нигерия/Соединенное Королевство) и является председателем/исполнительным директором нигерийского Фонда "Расширение охвата медицинской помощью". Он также выполняет функции специального технического советника при министре здравоохранения.

57. Д-р Abdulsalami Nasidi уже семь лет руководит Федеральной лабораторией по производству вакцин в районе Йаба. Именно там он ввел новый метод производства вакцины против желтой лихорадки, который успешно использовался в 1986-1987 гг. в штате Бенуэ для борьбы со вспышкой желтой лихорадки. В 2008 г. он был назначен председателем специальной группы при президенте, которой было поручено искоренение

полиомиелита и плановая иммунизация. В Нигерии в результате ее деятельности была сокращена к началу 2009 г. распространенность диких полиовирусов и достигнуты в последнее время успехи в искоренении полиомиелита и организации профилактической иммунизации.

58. После назначения в 1991 г. на должность главного эпидемиолога Нигерии он содействовал развитию системы эпиднадзора и оповещения, а также выпуску ежемесячного эпидемиологического бюллетеня. На этом посту он также отвечал за осуществление ММСП в своей стране. Д-р Nasidi также возглавляет Национальный координационный центр ММСП.

59. Он входит в число 16 человек, которые основали в Брюсселе (Бельгия) Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Он учредил в Нигерии национальный координационный механизм и занимал должность председателя на протяжении шести лет. В Нигерии по его инициативе был создан Национальный центр по борьбе с болезнями (NCDC).

60. Он возглавлял целевую группу сектора здравоохранения Нигерии по борьбе с пандемией H1N1 и участвовал в разработке мер по борьбе с пандемией. Во время вспышки гриппа H1N1 играл активную роль в учреждении нигерийской лаборатории в Абудже, оснащенной оборудованием для диагностики вирусов гриппа, которая получила впоследствии статус контрольно-диагностической лаборатории ВОЗ в стране.

61. Д-р Nasidi – вице-председатель/исполнительный директор недавно учрежденной неправительственной организации "Расширение охвата медицинской помощью", которая в настоящее время сотрудничает с Институтом вирусологии в Балтиморе (США) и Федеральным министерством здравоохранения Нигерии.

62. Он работал в нескольких комитетах ВОЗ, последнее время в качестве представителя Нигерии и заместителя председателя Межправительственного совещания по обеспечению готовности к пандемии гриппа: обмен вирусами гриппа и обеспечение доступа к вакцинам и прочим выгодам. На протяжении трех лет также был участником соответствующей рабочей группы и занимал должность председателя технической рабочей группы.

63. Является автором более 50 научных публикаций, был удостоен своей страной почетного национального звания Кавалера Ордена Нигерии (KOH).

64. Д-р Nasidi получил медицинское образование в Государственном медицинском институте имени Калинина в Твери (Российская Федерация), а докторскую степень – в Ивановском институте вирусологии при Академии медицинских наук в Москве (Российская Федерация).

Профессор Paul Odehouri-Koudou, директор Национального института общественной гигиены, Абиджан, Кот-д'Ивуар

65. Профессор и доктор медицинских наук Paul Odehouri-Koudou является директором Национального института общественной гигиены и удостоен звания профессора

инфекционных и тропических заболеваний в Университете Абиджан-Кокоди. С 2000 по 2001 год занимал должность директора Центра медико-санитарного обслуживания на уровне общин и исполнительного директора проекта сотрудничества в области современной и народной медицины.

66. В своей стране принимал участие в осуществлении ММСП (2005 г.); в 2007 г. организовал семинар по осуществлению ММСП в Кот-д'Ивуаре. Возглавляет национальный координационный центр ММСП и играет важную роль в борьбе с пандемией H1N1 в своей стране. Он также является членом Национального комитета независимых экспертов по вакцинации и вакцинам Кот-д'Ивуар.

67. С 2001 по 2002 год и в 2004 г. профессор Odehouri-Koudou работал экспертом в Африканском консультационном комитете ВОЗ-АФРБ по исследованию и развитию.

68. Является автором многих статей по инфекционным заболеваниям, в том числе по СПИДу, опубликованных в авторитетных международных журналах. Был удостоен своей страной звания Кавалера и Рыцаря Ордена за заслуги в области национального образования Кот-д'Ивуара.

69. Ученая степень доктора медицинских наук была присвоена профессору Paul Odehouri-Koudou на медицинском факультете Университета Абиджан-Кокоди.

Д-р Nobuhiko Okabe, директор Центра эпиднадзора за инфекционными болезнями при Национальном институте инфекционных болезней в Токио, Япония

70. Nobuhiko Okabe имеет ученую степень доктора медицинских наук и философии и является директором Центра эпиднадзора за инфекционными болезнями при Национальном институте инфекционных болезней (Япония). Он специализируется на профилактике инфекционных болезней, педиатрических инфекционных заболеваний и по иммунизации.

71. В настоящее время д-р Okabe работает в Национальном координационном центре ММСП в Японии, а на более ранних этапах процесса пересмотра ММСП занимал должность консультанта или временного советника. Сегодня он выполняет функции председателя Комитета Министерства здравоохранения, труда и благосостояния и дает консультации по пересмотру Национального плана обеспечения готовности к пандемии. До вспышки пандемии H1N1 в 2009 г. он занимал должность председателя Консультативного комитета по плану обеспечения готовности к пандемии в Японии и принимал участие в разработке соответствующих рекомендаций. Во время пандемии H1N1 в 2009 г. участвовал в организации ответных мер и был членом Консультативного комитета по проблеме пандемии H1N1 в канцелярии Министерства здравоохранения, труда и благосостояния. В начале 1990-х годов занимал должность регионального советника по борьбе с инфекционными заболеваниями и их предупреждению в Региональном бюро для стран Западной части Тихого океана ВОЗ.

72. Д-р Okabe получил медицинский диплом и докторскую степень в Университете Джикеи в Токио (Япония).

Профессор Mahmudur Rahman, директор Института эпидемиологии, борьбы с болезнями и исследований (IEDCR) и Национального центра по гриппу (НЦГ) при Министерстве здравоохранения и семейного благополучия, Дакка, Бангладеш

73. Mahmudur Rahman имеет ученую степень доктора медицинских наук и философии и магистра здравоохранения и является директором Института эпидемиологии, борьбы с болезнями и исследований и Национального центра по гриппу при Министерстве здравоохранения и семейного благополучия (Бангладеш).

74. Профессор Rahman выступал основным координатором работы по созданию в Бангладеш Национального центра по гриппу 3-го уровня биологической безопасности и лабораторий по исследованию вируса Нипах , а также сетевой интернет-системы эпиднадзора. Он возглавлял работу по борьбе с пандемией H1N1 в 2009 г. в Бангладеш. С 2005 г. принимал участие в планировании мер по обеспечению готовности к пандемии, учебно-тренировочных мероприятий и выполнению функций, имеющих отношение к ММСП.

75. Он был адъюнкт-профессором, а затем профессором и руководителем департамента эпидемиологии в Национальном институте профилактической и социальной медицины. Большая часть его профессиональной деятельности была посвящена эпидемиологии и общественному здравоохранению. Его прошлые исследования были посвящены эпиднадзору за болезнями, эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней и проблемам политики в области общественного здравоохранения.

76. В настоящее время является членом комитета экспертов по обзору программы искоренения полиомиелита и научного консультативного комитета по висцеральному лейшманиозу для Специальной программы ВОЗ по научным исследованиям и подготовке специалистов в области тропических болезней.

77. Профессор Rahman был старшим редактором журнала профилактической и социальной медицины и редактором "Учебника общественной медицины и здравоохранения". Является автором 72 научных публикаций и исследований, опубликованных в национальных журналах.

78. Получил медицинское образование в медицинском колледже Читтагонга (Бангладеш), ученую степень по управлению в области оказания первичной медико-санитарной помощи – в Университете Махидол (Таиланд) и докторскую степень в области эпидемиологии – в Кембриджском университете (Соединенное Королевство).

Д-р Palliri Ravindran, директор департамента неотложной медицинской помощи в Генеральном директорате служб здравоохранения Министерства здравоохранения, Нью-Дели, Индия

79. Доктор медицинских наук и магистр делового администрирования Palliri Ravindran выполняет функции директора департамента неотложной медицинской помощи в Генеральном директорате служб здравоохранения Министерства здравоохранения правительства Индии. Прежде он занимал должность помощника генерального директора.

80. Области специализации – планирование, предупреждение, смягчение последствий, обеспечение готовности и стратегии реагирования на стихийные бедствия в области здравоохранения, в том числе на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения на национальном уровне. Д-р Ravindran координировал в своей стране меры, направленные на профилактику ТОРС, птичьего гриппа и пандемии гриппа в 2009 году. До перехода на работу в 1997 г. в администрацию он проработал 15 лет в Государственной службе здравоохранения и занимался клинической медициной.

81. Д-р Ravindran принимал участие в работе совещаний в ЮВАРБ в качестве эксперта и временного консультанта, в 2007 г. в течение непродолжительного времени работал в ВОЗ (ЮВАРБ). Он также работал по линии ВОЗ в Группе оценки рисков и укрепления здоровья в университете Махидол (Таиланд).

82. Был награжден Австралийской премией за заслуги в области руководства Институтом Носсала по глобальному здравоохранению при Мельбурнском университете (Австралия).

83. Получил ученую степень в области медицины и продолжил обучение в аспирантуре по специальности "общественное здравоохранение" в Делийском университете. Ученая степень магистра делового администрирования ему была присвоена в Университете Гуру Гобинд Сингх Индрапрастха в Дели.

Профессор José Ignacio Santos, профессор и руководитель группы инфекционных болезней отделения экспериментальной медицины медицинского факультета в Мексиканском национальном автономном университете в Мехико, Мексика

84. José Ignacio Santos имеет ученую степень доктора медицинских наук. В настоящее время работает на должности профессора и занимает пост руководителя группы инфекционных болезней отделения экспериментальной медицины медицинского факультета в Мексиканском национальном автономном университете в Мехико (Мексика).

85. До вступления на этот пост он работал на должности генерального директора детского госпиталя Мехико им. Фредерика Гомеса – одного из национальных институтов Мексики в области здравоохранения. В период с 1997 по 2004 г. д-р Santos был директором национальной детской и подростковой оздоровительной программы Мексики и программы иммунизации, до этого он был членом Консультативного комитета по практике иммунизации, где он отвечал за связи Мексики с Центрами по контролю и профилактике заболеваний (США).

86. Д-р Santos также работает в других международных организациях в области здравоохранения, в том числе в совете попечителей Международного центра по исследованию диареи в Дакке (Бангладеш), рабочей группе по кори в составе Стратегической консультативной группы экспертов ВОЗ, группе консультантов инициативы по педиатрической вакцине против лихорадки денге, технической консультативной группе по вакцинам и иммунизации Панамериканской организации здравоохранения и в совете по мониторингу данных и безопасности проекта ВОЗ по аэрозольной вакцине против кори.

87. В прошлом д-р Santos был президентом Мексиканского и Панамериканского общества по борьбе с инфекционными заболеваниями и членом Американского общества по борьбе с инфекционными заболеваниями. Является членом ряда консультативных групп глобального проекта приоритетных исследований в области педиатрии и Американской академии педиатров.

88. Д-р Santos получил медицинское образование, в частности в области педиатрии, в Станфордском университете, а также прошел обучение в области иммунологии и инфекционных заболеваний в университете Юта.

Г-жа Palanitina Tuipuimatagi-Toelupe, генеральный директор здравоохранения и главный административный сотрудник Министерства здравоохранения, Самоа

89. Г-жа Palanitina Tupuimatagi-Toelupe, дипломированная медсестра, магистр медицинского образования и бакалавр педагогики, имеет диплом преподавателя медицинских наук и диплом в области бизнеса. В настоящее время выполняет функции генерального директора здравоохранения и возглавляет Министерство здравоохранения Самоа.

90. Г-жа Toelupe явилась инициатором в Самоа целого ряда программ по защите и укреплению здоровья и сравнительно недавно – реформы в области здравоохранения в своей стране, которые завершились в 2006 г. учреждением системы национальной службы здравоохранения – самой крупной государственной службы здравоохранения, независимой от Министерства здравоохранения, которое является в настоящее время органом мониторинга и регулирования в области здравоохранения в стране. Она также внесла конструктивный вклад в пропаганду и осуществление в стране конвенций ВОЗ и ООН, связанных со здравоохранением, например Рамочной конвенция ВОЗ по борьбе против табака, Конвенции по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и Конвенции о правах ребенка.

91. В качестве генерального директора руководит национальной кампанией по укреплению системы здравоохранения на основе укрепления здоровья населения и развития системы первичной медико-санитарной помощи. Она также вела работу по обеспечению готовности страны и ответным мерам на пандемию H1N1. В настоящее время возглавляет национальную целевую группу в области здравоохранения по обеспечению готовности к стихийным бедствиям и ответным мерам. Принимает активное участие в работе по пропаганде и осуществлению ММСП, поскольку ее офис находится в национальном координационном центре ММСП. В качестве Генерального директора в настоящее время также является кандидатом в члены Исполнительного комитета ВОЗ, была главой делегации Самоа на Сто двадцать четвертой, Сто двадцать шестой и Сто двадцать восьмой сессиях Комитета.

92. После 18 лет работы в качестве главного специалиста в области медицинского образования и в области укрепления здоровья в Министерстве здравоохранения работала с 1998 по 2005 годы руководителем отдела по улучшению положения женщин в Министерстве по делам женщин и общинному и социальному развитию. В последние десять лет особое внимание уделяла вопросам организационного управления,

проблематике технического и профессионального лидерства, политике развития и реформам нормативно-правовой базы здравоохранения.

93. Высшее образование и ученые степени получила в университетах Новой Зеландии и Австралии и в Национальном университете Самоа, работающим под эгидой Международного университета США.

Профессор Patricia Ann Troop, независимый специалист, бывший административный руководитель Агентства по охране здоровья, Лондон (Соединенное Королевство)

94. Кавалер ордена Британской Империи, доктор естественных наук, член Королевского колледжа врачей, научный сотрудник факультета общественного здравоохранения, Patricia Ann Troop занимала ранее должность административного руководителя Агентства по охране здоровья (АОЗ) – нового учреждения, объединившего в своем составе национальные агентства и местные группы в целях обеспечения комплексных услуг по борьбе с воздействием инфекции, химикатов, радиации и других экологических рисков и обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям. После ухода с работы в АОЗ в 2008 г. профессор Troop руководила работой или входила в состав национальных комитетов, поддерживала работу ВОЗ и Европейского центра по профилактике болезней и борьбе с ними. В настоящее время является членом правления Целевого больничного фонда Кембриджского университета, а также адъюнкт-профессором в двух университетах. Продолжает писать научные статьи и заниматься преподавательской деятельностью.

95. АОЗ играло роль национального координационного центра Соединенного Королевства и выполняло бóльшую часть работы по ММСП в координации с ВОЗ. В связи с пандемией H1N1 в 2009 г. АОЗ осуществляло надзор, лабораторную деятельность, эпидемиологические оценки, моделирование и бóльшую часть оперативного планирования.

96. Начав свою карьеру в качестве клинического врача, проработала 30 лет на административных должностях в системе и службах общественного здравоохранения. Работала на местном, региональном и национальном уровне по всем направлениям общественного здравоохранения. Ее работа включала инициирование диетологической программы "5 дней" и анализ работы целого ряда основных служб, в частности, педиатрической интенсивной помощи в Англии. В 1999 г. была назначена на должность заместителя главного санитарного инспектора Англии, где в круг ее обязанностей входила охрана здоровья, обеспечение мер реагирования в чрезвычайных ситуациях, международное здравоохранение, надзор за работой некоторых национальных учреждений и выполнение функций председателя в национальных комитетах. На обоих государственных постах профессор Troop руководила работой по принятию ответных мер в чрезвычайных ситуациях национального масштаба.

97. Является автором и соавтором многих опубликованных докладов и документов. Ей было присвоено почетное звание Кавалера ордена Британской империи (CBE) за заслуги в области общественного здравоохранения и ученая степень доктора наук двумя

университетами (Университетом Восточной Англии и Кренфилдским университетом), а также звание выдающегося выпускника Манчестерского университета

Д-р Kumnuan Ungchusak, старший эксперт по профилактической медицине, бюро эпидемиологии департамента по профилактике болезней Министерства общественного здравоохранения, Бангкок, Таиланд

98. Доктор медицинских наук и магистр здравоохранения Kumnuan Ungchusak является старшим экспертом по профилактической медицине в бюро эпидемиологии департамента профилактики болезней Министерства общественного здравоохранения, и советник департамента по Международным медико-санитарным правилам. Он входит в состав национального комитета по птичьему гриппу и пандемии гриппа, несет ответственность за осуществление надзора, исследования, оценку рисков и соответствующую деятельность по поддержанию связи по линии Министерства.

99. С начала своего обучения, работал в качестве эпидемиолога на местах, осуществляя надзор за инфекционными заболеваниями и проводя исследования вспышек пандемии в стране. Занимал должность директора полевой учебной программы по эпидемиологии, а затем, с 2001 по 2008 г., – директора бюро эпидемиологии, руководя национальной системой надзора и исследований.

100. В период с 2007 по 2008 год работал в национальном координационном центре ММСП. Также играл важную роль в учреждении эпидемиологических групп быстрого реагирования, которые сегодня работают в каждом районе и провинции Таиланда.

101. Его последняя работа связана с птичьим гриппом, пандемическим гриппом и любыми чрезвычайными ситуациями в области здравоохранения международного масштаба, особенно в регионе Меконга. Является временным консультантом ВОЗ по эпиднадзору за заболеваниями, эпидемиологической подготовке на местах и моделированию болезней. В течение непродолжительного периода времени д-р Ungchusak также был консультантом Регионального бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана по Азиатско-тихоокеанской стратегии профилактики новых болезней.

102. Получил степень доктора медицинских наук в медицинском училище Сирираджа (Таиланд) и степень магистра в области общественного здравоохранения в Университете Махидол. Завершил двухгодичную полевую учебную программу по эпидемиологии под эгидой Министерства здравоохранения Таиланда и получил диплом Коллегии профилактической медицины медицинского совета Таиланда.

Профессор Kuku Voyi, профессор и руководитель отделения, факультет систем здравоохранения и охраны здоровья, Университет Претории, Южная Африка

103. Доктор философии Kuku Voyi – профессор и руководитель отделения гигиены окружающей среды и труда на факультете систем здравоохранения и охраны здоровья в Университете Претории (Южная Африка). Ее специализация включает оценку воздействия, эпиднадзор и риски для здоровья человека, гигиену труда и эпидемиологию окружающей среды. Ее интересы в области научных исследований: этиология болезней,

окружающая среда и здоровье, эпидемиология окружающей среды, системы здравоохранения.

104. Д-р Voyi выполняет функции координатора ответных мер в чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения среди широких слоев населения (программа "HELP South Africa"). Она работает тематическим экспертом в своем университете в порядке осуществления Международных медико-санитарных правил ВОЗ по тематике "эпиднадзор и оценка рисков", а также является членом Африканского консультативного комитета АФРБ по исследованиям и развитию в области здравоохранения. Работала экспертом-консультантом в различных национальных учреждениях. Она также является членом Международной комиссии по гигиене труда и обозревателем журнала *Health South Africa*.

105. В 2008 г. она также работала техническим консультантом ВОЗ, в том числе по подготовке институционального анализа для Алжирской министерской декларации (АФРБ ВОЗ), а в 2009 г. входила в состав консультативной группы по подготовке к чрезвычайным ситуациям в Африканском регионе. В последнее время д-р Voyi консультировала Региональное бюро ВОЗ для стран Африки по научным исследованиям и разработкам в области здравоохранения, забытым тропическим болезням и подготовке к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения в Африке.

106. С 2004 по 2010 г. профессор Voyi возглавляла факультет систем здравоохранения и охраны здоровья, а в последнее время – занимала пост председателя Медицинского научно-исследовательского совета Южной Африки.

107. Закончила аспирантуру в Кейптаунском университете.

Профессор Yu Wang, генеральный директор Центра Китая по профилактике болезней и борьбе с ними, Пекин, Китай

108. Доктор медицинских наук и философии Yu Wang занимает должность директора Центра Китая по профилактике болезней и борьбе с ними (CDC Китая) при Министерстве здравоохранения Китая.

109. В качестве генерального директора CDC Китая профессор Wang учредил в Китае систему биобезопасного управления лабораториями и улучшил системы эпиднадзора и отчетности по инфекционным болезням. Руководил деятельностью по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и ответным мерам против птичьего гриппа H5N1 среди населения, энтеровирусного везикулярного стоматита, гриппа A H1N1 во время пандемии 2009 г. и других возникающих опасностей в области здравоохранения.

110. До перехода на нынешнюю работу профессор Wang был директором Института гепатологии – народного госпиталя при Пекинском медицинском университете, а впоследствии вице-президентом Пекинского медицинского университета, где он отвечал за развитие научно-исследовательской деятельности и прикладных наук. В 2000 г. был назначен заместителем генерального директора Китайского национального центра по развитию биотехнологий при Министерстве науки и технологий (MOCT), затем – заместителем генерального директора департамента сельского хозяйства и социального

развития МОСТ. На этой должности он отвечал за финансирование и административное обеспечение научных исследований и развитие в области биотехнологий. Содействовал разработке национальных этических руководящих принципов по исследованию эмбриональных стволовых клеток человека.

111. Вице-председатель Китайской ассоциации профилактической медицины, член исполнительного совета Международной ассоциации институтов национального общественного здравоохранения.

112. Получил медицинское образование в Пекинском медицинском университете, докторскую степень – в Медицинском училище Джичи в Японии. Исследовал молекулярную вирусологию и иммунологию вируса гепатита.

Д-р Sam Zaramba, старший хирург-консультант, бывший генеральный директор служб здравоохранения Министерства здравоохранения, Кампала, Уганда

113. Доктор медицинских наук Sam Zaramba – старший хирург-консультант, бывший генеральный директор служб здравоохранения в Уганде. Ранее занимал должность директора, ответственного за клиническое и общественное здоровье в Министерстве здравоохранения Уганды.

114. Д-р Zaramba имеет богатый опыт работы в службах здравоохранения в развивающихся странах и во всем мире в целом. Д-р Zaramba занимался клинической медициной более 10 лет в лечебно-диагностической больнице Мулого в качестве хирурга, специализирующегося на оториноларингологии. Затем он перешел на работу, связанную с управлением службами здравоохранения, где существует ряд проблем, прежде всего в странах с ограниченными ресурсами. Проявлял особый интерес к тропическим инфекционным заболеваниям, в особенности к забытым тропическим болезням, возникающим на территории Уганды и в регионе.

115. Выступал за единую систему профилактики болезней и борьбу с переносчиками инфекции на национальном и международном уровне, а также за повышение эффективности кампании "Дни здоровья ребенка плюс" в Уганде. Он также выступил инициатором реализации в Уганде ряда проектов в области здравоохранения, таких как плановая иммунизация, улучшение питания, санитарно-гигиеническое просвещение, распространение и обработка пропитанных инсектицидом противомоскитных сеток. Играл важную роль в разработке десятилетней политики и стратегических планов в области здравоохранения, ориентированных на обеспечение медицинских услуг в Уганде.

116. С 2007 по 2008 год руководил работой комитета Региональной программы АФРБ и был председателем Исполнительного комитета ВОЗ в Женеве на сто двадцать пятой и сто двадцать шестой сессиях. Является членом Стратегической и технической консультативной группы ВОЗ по забытым тропическим болезням (STAG-NTD). Недавно, в феврале 2011 г., д-ру Zaramba было предложено войти в состав Совета ВОЗ по обеспечению безопасности пациентов и занять должность временного консультанта по проблематике Глобального альянса по трудовым ресурсам здравоохранения. Кроме того, в последнее время ему была предложена должность исполнительного директора одной из

неправительственных организаций, занимающейся проблемами забытых тропических болезней, здоровья на уровне общины и его укрепления.

117. Д-р Zaramba, вместе со своими коллегами из отдела борьбы с переносчиками инфекции Министерства здравоохранения, является соавтором статей по забытым тропическим болезням. Закончил медицинское училище в Макерере, там же закончил и аспирантуру. Он получил образование по специальности "управление службами здравоохранения" в Бирмингемском университете (Соединенное Королевство) и Бостонском и Гарвардском университетах (США).

*Генеральный директор желает выразить благодарность следующим членам, вышедшим в отставку в период приостановления работы Комитета: д-ру Anthony Evans, профессору John Mackenzie, д-ру Ziad Memish и д-ру Babatunde Osotimehin.

ЗАЯВЛЕНИЕ ИНТЕРЕСОВ

Профессор José Ignacio Santos

118. В период с 2009 по 2010 год профессор Santos дал четыре лекции или презентации на встречах во Вьетнаме, на Филиппинах, в Австралии и Китае, организованных фармацевтической промышленностью (в основном "ГлаксоСмитКлайн"), за которые он получил в качестве общего гонорара менее 10 000 долл. США. Кроме того, были покрыты все его расходы. Три лекции касались применения вакцин в Латинской Америке, одна – опыта Мексики в борьбе с пандемией гриппа [H1N1].

Профессор Kuku Voyi

119. С 2010 по 2011 год в университете Претории профессор Voyi курировал работу университета по содействию реализации компонента эпиднадзора, раннего предупреждения и ответных мер в рамках учебной программы ВОЗ по осуществлению Международных медико-санитарных правил. В 2009 г. университет и ВОЗ заключили соглашение о выполнении подрядчиком работы на сумму менее 15 000 долл. США, связанной с осуществлением ММСП. Часть этой суммы покрыла не более 20% общей суммы заработной платы д-ра Voyi за 6 месяцев.

120. *Вышеприведенные заявления не дают основания считать, что вследствие данного конфликта интересов указанных экспертов следует частично или полностью отстранить от участия в работе Комитета по чрезвычайным ситуациям. Тем не менее, в соответствии с политикой ВОЗ, они были доведены до сведения Комитета в целях осведомления других его членов.*

121. *Многие члены Комитета по обзору, обладают богатым опытом и специализированными знаниями, накопленными в государственных структурах, – и опытом консультирования в ВОЗ – в областях, относящихся к сфере действия процедур Комитета по обзору, которые считаются весьма актуальными и важными для решения поставленных перед Комитетом трудных задач.*

Дополнение III

КРАТКИЙ ОБЗОР МЕЖДУНАРОДНЫХ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПРАВИЛ 2005 г. (*1*)

Функция 1: Возможности в области эпиднадзора и ответных мер

1. Основные возможности в области эпиднадзора, оценки и ответных мер должны функционировать на местном уровне, на промежуточном уровне (например, на уровне провинции или штата, в зависимости от конституционного устройства страны) и на общенациональном уровне. Некоторые возможности, включая эпиднадзор, ответные меры и отчетность, должны также быть готовы к использованию в пунктах въезда, таких как назначенные порты, аэропорты и наземные пункты перехода. Ниже приводится описание основных возможностей (*2*).

Основная возможность 1: Национальное законодательство, политика и финансирование

2. Международные медико-санитарные правила 2005 г. (ММСП) содержат права и обязанности государств-участников. Государствам-участникам предложено согласовать свои внутренние законодательные и административные механизмы с ММСП и начать применение ММСП с момента их вступления в силу в 2007 году. Для этого государствам-участникам необходимо иметь соответствующую правовую основу для реализации всех своих обязанностей и прав. Для осуществления ММСП некоторым государствам-участникам потребуется принять законодательство, наделяющее полномочиями в отношении некоторых или всех обязательств и прав такого рода. Может также потребоваться разработка государствами нового законодательства или внесение поправок в уже существующее для поддержания новых технических возможностей, создаваемых в соответствии с Приложением 1 к ММСП. Даже когда правовая система государства-участника не нуждается в разработке нового законодательства или внесения поправок в уже существующее для реализации положений ММСП, государства могут, тем не менее, принять меры для пересмотра некоторых законов, нормативных актов или других инструментов, чтобы способствовать более эффективной, действенной или успешной реализации. Реализация законодательных актов может служить целям институционализации и усиления роли ММСП (2005 г.) и деятельности в рамках государств-участников. Кроме того, это будет содействовать координации деятельности между различными ведомствами, участвующими в реализации. Разработано подробное руководство по осуществлению ММСП в рамках национального законодательства. Кроме того, важное значение имеют также меры политики, которые определяют национальные структуры и обязанности (и, таким образом, способствуют реализации), а также распределение адекватных финансовых ресурсов.

Основная возможность 2: Координация деятельности и коммуникация с национальным координатором по ММСП

3. Эффективное осуществление ММСП требует использования многосекторальных/ многофункциональных подходов в рамках партнерств на национальном уровне с целью создания эффективных систем оповещения и реагирования. Координация национальных ресурсов, включая назначение национального координатора по ММСП (НК), который должен стать национальным центром коммуникации по ММСП, является основной предпосылкой для осуществления ММСП. НК должен быть доступен в любое время с целью обеспечения коммуникации с координатором ВОЗ по ММСП, а также со всеми соответствующими секторами и другими заинтересованными сторонами в стране. Государства-участники должны ежегодно представлять в ВОЗ обновленную контактную информацию для связи с Национальным координатором.

Основная возможность 3: Эпиднадзор

4. ММСП требуют быстрого выявления рисков в области общественного здравоохранения, незамедлительной оценки рисков, оповещения и принятия мер в ответ на эти риски, для чего необходимо наличие чувствительной и гибкой системы эпиднадзора с функцией раннего предупреждения. Структура такой системы, а также роли и обязанности участников процесса реализации должны быть четко определены и, желательно, закреплены в политике общественного здравоохранения и законодательстве. Точное определение цепочки обязанностей требуется для обеспечения эффективной коммуникации в стране, с ВОЗ и другими странами по мере необходимости.

Основная возможность 4: Ответные меры

5. Управление, коммуникация и механизмы регулирования необходимы для того, чтобы способствовать координации и организации деятельности по борьбе со вспышками и другими событиями в области общественного здравоохранения. Необходимо организовать многофункциональные/многосекторальные группы быстрого реагирования, готовые круглосуточно и ежедневно к быстрому реагированию на события, которые могут представлять угрозу возникновения чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения национального или международного значения. Соответствующее ведение случаев заболевания, инфекционный контроль и деконтаминация являются важными составляющими данной возможности, которые необходимо принимать во внимание.

Основная возможность 5: Готовность

6. Готовность включает разработку планов реагирования на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения на национальном, промежуточном, первичном/коммунальном уровне в отношении биологических, химических, радиационных и ядерных угроз. В число других компонентов готовности входят: составление карты потенциальных угроз и районов угроз, выявление доступных ресурсов, создание необходимых запасов ресурсов в стране и возможность поддерживать операции на

промежуточном и первичном/коммунальном уровне в период чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения.

Основная возможность 6: Информирование о рисках

7. Информирование о рисках должно представлять собой многоуровневый и многогранный процесс, ориентированный на оказание помощи заинтересованным сторонам в выявлении рисков, определении угроз, оценке уязвимости и усилении устойчивости местного сообщества, укрепляя, таким образом, возможности для борьбы с развивающейся чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения. Важной частью информирования о рисках является распространение информации для населения о рисках для здоровья и таких событиях, как вспышки заболеваний.

8. Для повышения эффективности информирования о рисках, вызванных определенным событием, необходимо принимать во внимание социальные, религиозные, культуральные, политические и экономические аспекты, имеющие отношение к этому событию, а также учитывать мнение пострадавшего населения. Коммуникация такого типа содействует осуществлению соответствующих мер профилактики и борьбы посредством вмешательств на индивидуальном уровне, уровне семьи и местного сообщества. Большое значение также имеет распространение информации по соответствующим каналам.

9. Следует определить партнеров и заинтересованные стороны в стране по коммуникации, а также создать действенные механизмы координации и коммуникации. Кроме того, важное значение имеет разработка политики в области коммуникации и процедур своевременного распространения информации. Транспарентность процесса принятия решений играет важную роль в установлении доверия между руководящими органами, населением и партнерами. Необходимо разрабатывать, тестировать и обновлять планы по коммуникации при чрезвычайной ситуации.

Основная возможность 7: Кадровые ресурсы

10. Совершенствование навыков и знаний работников здравоохранения имеет важное значение для осуществления эпиднадзора и ответных мер на всех уровнях системы здравоохранения и эффективного осуществления ММСП.

Основная возможность 8: Лабораторные службы

11. Лабораторные службы играют роль на всех этапах предупреждения и реагирования, включая выявление, расследование и ответные меры. Лабораторное исследование проб может осуществляться в рамках страны или с помощью сотрудничающих центров. Государства-участники должны создать механизмы, обеспечивающие надежное и своевременное лабораторное выявление инфекционных агентов и других угроз, являющихся потенциальной причиной возникновения чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения национального и международного значения, включая, при необходимости, транспортировку проб в соответствующие лаборатории.

Функция 2: Операции по выявлению и предупреждению

12. ММСП требует, чтобы государства-участники через своих национальных координаторов (НК) сообщали ВОЗ обо всех потенциально серьезных событиях в области общественного здравоохранения. Внутренние события, выявленные национальными системами эпиднадзора, должны оцениваться государствами-участниками с использованием установленных критериев, которые приводятся в Приложении 2 ММСП. Механизм принятия решений, представленный в Приложении 2, является подходом, основанным на оценке рисков, который позволяет национальным органам определить, следует ли информировать ВОЗ о каком-либо событии в связи с тем, что оно *может* представлять собой потенциальную чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение (ЧСЗМЗ). Уведомление должно направляться в тех случаях, когда события удовлетворяют, по меньшей мере, двум из следующих четырех критериев: (1) серьезное воздействие на здоровье населения; (2) необычный или неожиданный характер; (3) существенный риск распространения в международных масштабах; и (4) существенный риск ограничений для международных перевозок и торговли. К событиям, о которых следует уведомлять ВОЗ, относятся все случаи заболевания оспой, полиомиелитом, вызванным диким вирусом, гриппом человека, вызванным новым подтипом вируса, а также тяжелым острым респираторным синдромом (ТОРС). Лицами, ответственными за уведомление, являются НК.

13. Для того чтобы информация представлялась своевременно, в ММСП указаны сроки проведения оценки риска и последующего уведомления, которые составляют, соответственно, 48 часов и 24 часа.

14. Помимо уведомления ВОЗ о событиях, которые потенциально могут стать ЧСЗМЗ, государства-участники должны информировать ВОЗ о неожиданных или необычных событиях в области общественного здравоохранения за пределами их территорий. Кроме того, события, которые не в полной мере соответствуют критериям уведомления (т.е. события, которые не удовлетворяют критериям уведомления, или в отношении которых имеется недостаточно информации для того, чтобы использовать механизм принятия решений), могут также являться предметом консультаций с ВОЗ (Статья 8). НК уведомляет Координатора ВОЗ по ММСП, который имеется в каждом из шести региональных бюро ВОЗ, консультируется с ним и передает информацию о необычных событиях в области общественного здравоохранения (*3,4*). Государства-участники должны также сотрудничать друг с другом в выявлении и оценке событий, а также в осуществлении соответствующих ответных действий. Сотрудничество предусматривает предоставление технической, логистической и финансовой помощи в отношении конкретного события или создаваемых возможностей (Статья 44).

Функция 3: Операции ВОЗ по выявлению и предупреждению

15. ММСП обязывают ВОЗ оперативно выявлять, проверять и оценивать риски для здоровья населения, которые потенциально могут иметь международное значение. Эта деятельность осуществляется в штаб-квартире в Женеве, а также в региональных и страновых бюро.

Функция 4: Международные ответные меры в области общественного здравоохранения

16. Осуществление международных ответных мер в области общественного здравоохранения требует постоянной координации деятельности и сотрудничества между ВОЗ, государствами-участниками, межправительственными организациями и другими международными учреждениями в области обмена информацией, рекомендациями, материально-техническими средствами и опытом. ММСП обеспечивает основу для стандартизированных мер, которые должны регулярно осуществляться государствами-участниками на своих границах в целях охраны здоровья населения. ММСП также определяет меры, которые должны приниматься на границе в ответ на конкретные риски для здоровья населения. По просьбе государства-участника ВОЗ может предоставлять техническое руководство и содействие в управлении событиями и помогать странам оценивать эффективность мер борьбы.

Функция 5: Процедуры для чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение (ЧСЗМЗ)

17. ММСП устанавливает процедуры для определения того, представляет ли собой какое-либо серьезное событие ЧСЗМЗ. ММСП определяет ЧСЗМЗ как "экстраординарное событие, представляющее риск для здоровья населения в других государствах в результате международного распространения болезни и могущее потребовать скоординированных международных ответных мер". Событие определяется как ЧСЗМЗ Генеральным директором ВОЗ, но только после консультации с Комитетом по чрезвычайной ситуации.

18. Комитет по чрезвычайной ситуации также предоставляет рекомендации Генеральному директору в отношении выдачи, изменения, продления или прекращения действия "временных рекомендаций", которые определяются как "не имеющая обязательной силы рекомендация, выпущенная ВОЗ для применения на ограниченной во времени и относящейся к конкретному риску основе в ответ на чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение, для предотвращения или уменьшения масштабов международного распространения болезни и сведения к минимуму препятствий для международных перевозок". Временные рекомендации являются, в сущности, чрезвычайными рекомендациями для руководства действиями в связи с серьезными событиями в области общественного здравоохранения. Они устанавливают глобальные ориентиры для принятия ответных мер и призваны свести к минимуму вероятность того, что страны будут осуществлять непоследовательные, нескоординированные и неоправданные действия при возникновении нарастающей угрозы здоровью населения.

Функция 6: Избежание неоправданных препятствий для международных перевозок и торговли

19. ММСП требуют, чтобы страны применяли только те меры в области общественного здравоохранения, которые предусмотрены в ММСП или содержатся в рекомендациях ВОЗ.

В частности, они призывают не применять меры, которые чрезмерно ограничивают международные перевозки, если существуют разумно обоснованные альтернативы, обеспечивающие надлежащий уровень охраны здоровья. ММСП подчеркивают важное значение эффективной коммуникации между государствами-участниками и ВОЗ, что позволяет избежать возникновения излишних препятствий, нарушающих международные перевозки и торговлю. ММСП определяют существенное нарушение как "отказ во въезде или отправлении лиц, совершающих международную поездку, багажа, грузов, контейнеров, перевозочных средств, товаров и тому подобное более чем на 24 часа". Однако, согласно Статье 43, ММСП (2005 г.) дают право государствам-участникам осуществлять дополнительные меры в ответ на конкретные риски для здоровья населения или ЧСЗМЗ. Такие меры могут даже иметь преимущественную силу по сравнению с некоторыми другими положениями ММСП. Если какое-либо государство-участник применяет такие дополнительные меры и они приводят к существенным нарушениям для международных поездок, передвижения транспортных средств и товаров, данное государство-участник должно информировать ВОЗ и предоставить обоснование введения таких мер с точки зрения общественного здравоохранения. Затем ВОЗ должна предоставить эту информацию другим государствам-участникам и может предложить государству-участнику, осуществляющему дополнительные меры, пересмотреть их.

Функция 7: Осуществление ММСП с уважением прав человека

20. Осуществление ММСП (2005 г.) "с полным уважением достоинства, прав человека и основных свобод людей" является одним из основополагающих принципов, изложенных в Статье 3. Этот принцип находит свое подтверждение в формулировках по всему тексту ММСП. Например, Статья 23 предусматривает необходимость получения информированного согласия (за исключением случаев непосредственной угрозы для здоровья других людей) на проведение медицинского обследования, вакцинации, профилактики или иных медико-санитарных мер. Статья 43 далее предусматривает, что медико-санитарные меры, принимаемые во исполнение ММСП, "применяются на транспарентной и недискриминационной основе". Статья 45 содержит подробную информацию о том, как следует обращаться с личными данными и защищать их в целях соблюдения конфиденциальности.

Функция 8: Пункты въезда и проездные документы

21. Действия, предпринимаемые государствами-участниками в пунктах въезда, имеют своей целью предотвратить и снизить риски для здоровья населения, вызываемые международными перевозками, включая людей, транспортные средства и товары (*5*). ММСП определяют пункт въезда как "пункт прохода в целях международного въезда или выезда лиц, совершающих поездку, багажа, грузов, контейнеров, перевозочных средств, товаров и почтовых посылок, а также учреждения и зоны, обслуживающие их при въезде или выезде". ММСП требуют от государств-участников назначения в качестве пунктов въезда международных аэропортов и портов, а также, если это считается необходимым с точки зрения охраны здоровья населения, определенных наземных транспортных узлов. Как и в случае других основных возможностей, определены сроки, в течение которых государствам следует оценить (июнь 2009 г.) некоторые основные возможности в таких

назначенных пунктах въезда и впоследствии обеспечить соблюдение требований к ним (15 июня 2012 г.). Эти требования включают возможности, которые должны быть готовы к использованию в любое время, а также другие возможности, которые могут быть активизированы в рамках предпринимаемых чрезвычайных мер (*6*). ММСП также включают детально разработанные действия и положения, направленные на уменьшение масштабов международного распространения болезней с помощью таких регулярно осуществляемых мер, как процедуры инспектирования и выдачи медико-санитарных документов (например, свидетельств о прохождении судном санитарного контроля, свидетельств о вакцинации или иных профилактических мерах, а также медико-санитарных деклараций).

Ссылки

1. *International Health Regulations (2005)*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2008.

2. World Health Organization. IHR Core Capacity Monitoring Framework: checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in States Parties. February 2011. http://www.who.int/ihr/IHR_Monitoring_Framework_Checklist_and_Indicators.pdf

3. World Health Organization. IHR brief I: Introduction to the IHR (2005). 1 January 2007. http://www.who.int/ihr/ihrbrief1en.pdf

4. World Health Organization. IHR brief II: Notification and other reporting requirements under the IHR (2005). 1 January 2007.

5. World Health Organization. IHR brief III: Points of entry under the IHR (2005). 1 January 2007. http://www.who.int/ihr/ihr_brief_no_3_en.pdf

6. World Health Organization. IHR (2005): assessment tool for core capacity requirements at designated airports, ports and ground crossings. Oct 2009. http://www.who.int/ihr/ports_airports/PoE_Core_capacity_assement_tool.pdf

Дополнение IV

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ГРУППЫ H1N1 И КРУГ ВЕДЕНИЯ

1. Мониторинг и оценка пандемии (ГПГ, GAR, ММСП)

1. Отслеживание и оценка регионального и глобального распространения, передачи и воздействия инфекции в целях обеспечения стран, общественности и партнеров информацией для принятия соответствующих мер:

- Регулярная, своевременная и официальная информация о распространении и действии болезни
  - разработка стандартов оповещения и механизмов агрегирования данных
  - укрепление и использование существующих систем эпиднадзора
  - составление картины сводной и описательной эпидемиологии
  - сбор, анализ и обобщение сообщений о случаях H1N1 на национальном и региональном уровне и их включение во всеобщие информационные инструменты
- Оперативное определение, проверка и описание событий в недавно затронутых странах
  - использование систем предупреждения и реагирования ВОЗ, в том числе национальных координационных центров ММСП, страновых и региональных бюро ВОЗ
- Непрерывная оценка пандемии
  - общие клинические, эпидемиологические и вирусологические данные о тенденциях, включая информацию о резистентности к противовирусным препаратам
  - содействие прогнозированию и моделированию в целях получения информации для непрерывной оценки рисков
  - мониторинг мер национальной профилактики в соответствии с положениями Международных медико-санитарных правил (2005 г.)

2. Поддержка ухода за пациентами (ГПГ, GAR)

2. Поддержка национальных, региональных и международных оценок, мер реагирования и смягчения последствий путем накопления научных, основанных на

фактических данных знаний, которые подлежат оперативному распространению в целях достижения оптимальной эффективности принимаемых мер

- Основанные на фактических данных инструменты и руководящие принципы для оказания эффективной помощи пациентам, в том числе в больницах, на уровне общины и на дому
  - создание и проведение совещаний сетей экспертов для сбора и оценки имеющихся знаний о болезнях и эффективности мер реагирования
  - обеспечение отражения самых современных знаний в имеющихся информационных средствах и стандартах, в том числе в следующих областях
    - лаборатории и вирусология
    - диагностика и биобезопасность
    - клиническое ведение пациентов
    - профилактика инфекции
  - обеспечение оперативного документального оформления и распространения усвоенных в затронутых странах уроков и наилучших видов практики
- Информационные средства и стандарты, распространенные и адаптированные для страны и использования среди населения
- Техническое руководство для применения противовирусных и других фармацевтических мер вмешательства
  - подготовка и публикация рекомендаций по безопасности и своевременному и эффективному использованию
  - подготовка руководящих принципов для мониторинга резистентности и распространенности серьезных неблагоприятных событий
  - обеспечение стратегического руководства для развивающихся стран в целях мониторинга неблагоприятных воздействий и резистентности к лекарственным средствам
  - предоставление странам технической помощи и обеспечение стратегического руководства в вопросах регламентации, организации системы снабжения и, при необходимости, подготовки дополнительных рецептур

3. Меры реагирования и потенциал лабораторий (ГПГ, ММСП, GAR)

3. Координация на национальном, региональном и глобальном уровнях лабораторной диагностики гриппа и оказание содействия фармацевтическим и нефармацевтическим мерам реагирования;

- Эффективное реагирование лабораторий GISN и эпиднадзор за вирусами
- Действующие протоколы диагностики и реагенты
- Обновленные образцы вирусов для разработки и производства противопандемических вакцин
- Мониторинг восприимчивости возникающих вирусов к противовирусным препаратам в реальном масштабе времени
- Содействие наращиванию потенциала лабораторий в целях обеспечения краткосрочных мер реагирования и долгосрочного наращивания потенциала

4. Общественные и индивидуальные меры (ГПГ, GAR, ММСП)

4. Поддержка национальных, региональных и международных оценок, мер реагирования и смягчения последствий путем накопления научных, основанных на фактических данных знаний, которые подлежат оперативному распространению в целях достижения оптимальной эффективности принимаемых мер;

- Основанные на фактических данных инструменты и руководящие принципы для оказания эффективной помощи пациентам, в том числе в больницах, на уровне общины и на дому
  - создание и проведение совещаний сетей экспертов для сбора и оценки имеющихся знаний о болезнях и эффективности мер реагирования
  - обеспечение отражения самых современных знаний в имеющихся информационных средствах и стандартах, в том числе в следующих областях:
    - общественные/на дому/нефармацевтические меры реагирования, и
    - профессиональная гигиена
  - обеспечение оперативного документального оформления и распространения усвоенных в затронутых странах уроков и наилучших видов практики
  - информационные средства и стандарты, распространенные и адаптированные для страны и использования среди населения

5. Планирование разработки и развертывания производства вакцин (IVB/IVR, ГПГ, GAR)

5. Содействие и ускоренное обеспечение наличия и доступа стран к качественным вакцинам;

- Ускоренное производство качественных вакцин и обеспечение доступа:
  - определение исходных условий для глобального производства
  - ускорение производства по линии сотрудничающих центров
  - упрощение методов приобретения и перевозки
  - обеспечение качества вакцин, приобретенных учреждениями ООН
  - содействие согласованию стандартов нормативного регулирования среди национальных органов и в сотрудничестве с наднациональными организациями
- Техническое руководство по развертыванию и использованию вакцин
  - разработка программных рекомендаций по оптимальным стратегиям вакцинации
  - разработка руководящих принципов и соответствующих средств в целях содействия оперативному и своевременному обеспечению вакцин
  - обеспечение технической поддержки и программного руководства для стран в вопросах нормативного регулирования процедур ускоренного утверждения вакцин национальными органами
  - разработка руководящих принципов для пост-маркетингового надзора и обеспечения безопасности и эффективности вакцин
  - обеспечение странам технической поддержки в развертывании системы вакцинации

6. Операции (GAR, ГПГ, HAC, IVB/IVR)

6. Обеспечение доступного руководства и непосредственной технической помощи (в порядке поддержки региональных бюро и в тесном сотрудничестве с ними) в целях укрепления потенциала, и оказание странам и общинам поддержки на местах в обеспечении готовности систем здравоохранения и смягчении последствий, особенно в самых уязвимых регионах мира

- Обеспечение адаптированного стратегического и технического руководства для применения мер на национальном и общинном уровне

- оказание поддержки в разработке или улучшении национальных, региональных и местных планов и стратегий по предупреждению, борьбе и смягчению последствий пандемии, включая руководство по мерам обеспечения контроля на границах и в пунктах въезда

- оказание поддержки в планировании национальных мер реагирования, расстановке приоритетов и координации

- подготовка учебных материалов и адаптация технической документации в соответствии с имеющимися условиями, включая оперативные механизмы выявления, оповещения и исследования, доступ к средствам диагностики, борьба с инфекцией, ведение больных и меры реагирования на уровне общин

- подготовка, при необходимости, материалов и адаптация технической документации к контексту отдельных регионов, субрегионов и стран

- разработка систем и средств для сортировки, планирования на случай пикового наплыва пациентов, клинических рекомендаций и т.д. в целях принятия противопандемических мер

• Оказание непосредственной технической помощи и поддержки на местах целевым странам

- подготовка специфичных для каждой отдельной миссии материалов, в том числе механизмов обратной связи для получения информации по завершении миссии

- использование комплексной операционной платформы для обеспечения и поддержки развертывания многопрофильных групп экспертов

- обеспечение доступа к техническим и научным ресурсам через всемирные и региональные организации, в том числе Глобальную сеть оповещения о вспышках болезней и ответных действий (GOARN)

- поддержка просветительских программ в области здравоохранения в целях повышения готовности общин и сопротивляемости к пандемии

- повышение потенциала стран в целях обеспечения эффективной системы оповещения о рисках

- обеспечение работы и финансирование системы транспортировки образцов гриппа для поддержания системы быстрой и надежной диагностики

• Поддержка работы срочных учебных курсов и семинаров по обеспечению готовности, смягчению последствий и реагированию на уровне общин

– проведение учебных курсов и семинаров на региональном и субрегиональном уровнях с особым акцентом на способы расширения охвата

– разработка институциональных механизмов непрерывного повышения уровня готовности служб здравоохранения, включая обучение, моделирование и тестирование планов реагирования в чрезвычайных ситуациях

– наращивание потенциала информирования о рисках в рамках всей системы здравоохранения, в том числе на уровне общин

7. Создание/укрепление потенциала стран в области оценки пограничных постов, пунктов пересечения границ и наземных пограничных переходов;

- Координация распределения существующих международных запасов противовирусных препаратов

  – распределение существующих запасов в целевых странах

- Упрощение доступа к критическим запасам и оборудованию в целевых странах:

  – обеспечение технической поддержки и стратегического руководства в странах в целях улучшения поставок и доступа к вакцинам, противовирусным и другим необходимым препаратам

- Координация деятельности с государствами-членами ВОЗ путем использования системы Международных медико-санитарных правил через региональные и национальные бюро и национальные координационные центры ММСП

7. Техническая документация и публикации (ГПГ, GAR)

- Отслеживание всей технической документации, касающейся пандемии гриппа H1N1, от стадии разработки до получения разрешения на размещение в Интернете и обеспечение соблюдения стандартных общих процедур ВОЗ, связанных с публикацией

  – упрощение порядка утверждения всех документов на начальном этапе планирования со стороны руководства высшего звена

  – упрощение порядка внесения вклада и пересмотра документов по линии различных отраслей знаний и ведомств на этапе их разработки

  – обеспечение контроля за технической редакцией и оформлением и подготовка рекомендаций для группы по борьбе с пандемией и ADG

  – упрощение порядка получения разрешения на публикацию уже готовых документов со стороны руководства высшего звена

– ведение базы данных всех намеченных, подготавливаемых и опубликованных документов

– координация технических публикаций в средствах массовой информации и деятельности по обеспечению связи

8. Средства массовой информации и связь (GAR, ГПГ, DGO)

- Управление системой внешнего информирования по ответным мерам в СМИ и Интернете и оказание помощи государствам-членам в их информационной работе по пандемии

- Упреждающее планирование работы ВОЗ по информированию общественности

- Обеспечение подготовки информационных материалов, часто задаваемых вопросов, актуальных тем для обсуждения и других материалов в порядке поддержки эффективной системы связи назначенным техническими и информационными работниками

- Организация пресс-конференций

- Обеспечение назначенным техническим персоналом и информационными группами по H1N1 информации в ответ на вопросы средств массовой информации в соответствии с актуальными темами для обсуждения и в согласованной форме

- Мониторинг освещения проблемы H1N1 в СМИ и обсуждение этой проблемы на других форумах

- Поддержание, разработка и обновление на веб-сайте, посвященном борьбе с H1N1, разделов с информацией, предназначенной для общественности; использование соответствующих новых технологий для расширения охвата населения электронными средствами

- Согласование с техническими публикациями

- Координация, руководство и поддержка, совместно с региональными и страновыми бюро, в деле наращивания потенциала государств-членов в вопросах информирования по проблеме пандемии (как часть деятельности)

9. Научные знания и информационные пробелы (ГПГ, GAR, IVR, RPC)

- Мониторинг эффективности мер реагирования, выявление информационных пробелов и усвоенных уроков, их включение в программу научных исследований в области общественного здравоохранения

- Упрощение порядка принятия и координации программы научных исследований в области общественного здравоохранения по пяти направлениям

– снижение риска рекомбинации пандемического вируса с животными вирусами

– ограничение распространения эпидемии и пандемии гриппа

– сведение до минимума воздействия сезонного и пандемического гриппа

– оптимизация лечения пациентов, инфицированных сезонным и пандемическим гриппом, и

– поощрение использования современных средств общественного здравоохранения

10. Мобилизация ресурсов (ADGO/DGO)

- Ориентация технических групп по H1N1 в вопросах подходов, стратегий и возможностей мобилизации ресурсов
- Проведение информационно-разъяснительной работы среди потенциальных доноров
- Подготовка официальных запросов для доноров
- Выполнение последующей работы по информированию доноров

11. Общее управление: кадровое обеспечение, финансирование, внутренняя поддержка программ (ADGO)

- Упрощение порядка и рекомендации по распределению бюджета
- Отслеживание освоения финансовых средств
- Согласование рабочего плана по H1N1 с другими ответственными структурами (DGO, Группа общего управления, GMG)
- Согласование порядка развертывания кадровых ресурсов на глобальном уровне
- Присуждение премий и управление расходами
- Осуществление работы по поддержанию инфраструктуры
- Разработка административных процедур для штаб-квартиры и, при необходимости, их соблюдение на региональном уровне
- Согласование административной работы с Глобальной системой управления и региональными бюро
- Обеспечение оперативной поддержки мер реагирования ВОЗ на H1N1

12. Координация работы по борьбе с пандемией (ADGO/Пандемия/Координационная группа/Координатор по борьбе с пандемией)

- Руководство и координация работы функциональных групп в штаб-квартире
- Обеспечение надлежащей координации в рамках ВОЗ
- Обеспечение связи с региональными и страновыми бюро и партнерами
- Содействие мобилизации и распределению ресурсов
- Поддержка функционирования общей платформы
- Поддержка помощника Генерального директора как члена Группы сотрудников старшего звена по стратегии борьбы с пандемией
- Обеспечение согласованности мер реагирования ВОЗ с решениями и рекомендациями Группы сотрудников старшего звена по стратегии

13. Политические вопросы: глобальное лидерство, партнерство, справедливость и доступ (ADGO/DGO)

8. Обеспечение глобального лидерства в области здравоохранения и поощрение/поддержка эффективного регионального и глобального сотрудничества между различными секторами

- Обеспечение согласованности глобальных мер реагирования, в том числе партнерств и союзов
- Обеспечение рекомендаций другим учреждениям, программам и фондам ООН (включая связь с системой ООН по координации борьбы с гриппом) и специализированным межправительственным организациям (например, Международной организации по миграции) в целях обеспечения эффективного устранения последствий пандемии в области здравоохранения по линии ООН
- Обеспечение соответствующей информации для всех секторов в целях сведения до минимума социальных и экономических нарушений
- Поддержка государств-членов в сотрудничестве с финансовыми партнерами, в том числе с Всемирным банком, региональными банками развития, Международным валютным фондом, частными фондами, другими международными финансовыми учреждениями и частным сектором в их попытках смягчить последствия воздействия пандемии и создать устойчивый потенциал в области общественного здравоохранения
- Координация и сотрудничество с Межучрежденческим постоянным комитетом

9. Содействие и ускоренное обеспечение наличия и доступа стран к эффективным противовирусным препаратам, другим изделиям и финансированию

- Поддержка соответствующего производства противовирусных препаратов и их справедливое распределение
  - определение исходных условий для создания потенциала в области производства противовирусных препаратов
  - поддержка договорной цены и контрактов на закупки для развивающихся стран

Функциональные группы и основные департаменты с подробным перечнем обязанностей и видов деятельности. ГПГ – Глобальная программа по гриппу, GAR – Глобальное предупреждение и ответные меры, ММСП – Международные медико-санитарные правила, IVB/IVR – Иммунизация, вакцины и биологические препараты, Инициатива по исследованию вакцин, HPR – Группа по укреплению здоровья, HAC – Медико-санитарные действия в условиях кризисов, DGO – Канцелярия Генерального директора, ADGO – Канцелярия помощника Генерального директора, RPC – Политика научных исследований и сотрудничество.

Дополнение V

ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ УПРАВЛЕНИЯ БОРЬБОЙ С ПАНДЕМИЕЙ

Политические вопросы: глобальное лидерство, справедливость и доступ

Обеспечение глобального лидерства в области здравоохранения в целях содействия региональному и глобальному сотрудничеству и упрощению и ускорению доступа стран к ресурсам.

Координация работы по борьбе с пандемией

Руководство и координация работы функциональных групп в штаб-квартире ВОЗ и обеспечение связи с региональными бюро и партнерами.

Мобилизация ресурсов

Поддержка и мобилизация ресурсов среди потенциальных доноров.

Научные знания и информационные пробелы

Выявление, мониторинг и устранение информационных пробелов.

Средства массовой информации и связь

Обеспечение информационной поддержки СМИ, средств Интернета и подготовки для государств-членов.

Техническая документация и публикации

Планирование, отслеживание и компиляция всей технической документации.

Общее руководство

Кадровое обеспечение, финансирование, внутренняя поддержка деятельности по борьбе с пандемией H1N1.

Планирование разработки вакцин

Содействие и мониторинг разработки вакцин, соответствующей нормативно-правовой базы и политики.

Планирование развертывания производства вакцин

Облегчение и ускорение доступа стран к качественным вакцинам.

Целевая группа по противовирусным препаратам

Облегчение и ускорение доступа стран к качественным противовирусным препаратам.

Операции

Обеспечение руководства и технической поддержки региональным и страновым бюро в области наращивания потенциала и поддержки на местах.

Меры реагирования и потенциал лабораторий

Координация работы национальных, региональных и международных лабораторий в целях осуществления диагностики, эпиднадзора, ответных мер и разработки вакцин.

Мониторинг и оценка

Отслеживание и оценка распространения, передачи и воздействия болезни на региональном и глобальном уровне.

Поддержка уходу за пациентами

Поддержка национальной, региональной и глобальной деятельности по уходу за пациентами.

Общественные и индивидуальные меры

Поддержка работы по проведению национальной, региональной и глобальной оценки ответных действий и смягчения последствий в контексте общественных и индивидуальных мер.

Источник: Штаб-квартира ВОЗ. Пандемия (H1N1) - 2009. Организации и ресурсы. Брошюра Всемирной организации здравоохранения.

Дополнение VI

ВНУТРЕННИЕ ДОКУМЕНТЫ ВОЗ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ КОМИТЕТОМ ПО ОБЗОРУ

1. Секретариат ВОЗ разработал для Комитета ряд инструктивных записок, дающих справочную информацию по таким вопросам, как: ММСП; готовность к пандемии, фазы пандемии; степень тяжести пандемии; пандемическая вакцина; противовирусные препараты; вирусологический мониторинг; мониторинг болезней; лабораторное реагирование; меры общественного здравоохранения; и Рабочая группа государств-членов открытого состава по обеспечению готовности к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам. Комитет имеет доступ к ряду исследований, содержащих оценку функционирования Приложения 2 к ММСП (то есть схемы принятия решений для оценки государствами-членами событий в области общественного здравоохранения и уведомления о них), а также к докладам о ходе осуществления ММСП. По просьбе Комитета Секретариат ВОЗ разработал матрицу ключевых функций ММСП в области общественного здравоохранения и определил широкий круг непандемических событий, уведомления о которых поступили в ВОЗ после вступления в силу ММСП. Комитет отобрал несколько событий и предложил Секретариату подготовить краткое описание каждого события для содействия предпринимаемой им оценке функций ММСП в области общественного здравоохранения.

2. ВОЗ предоставил Комитету беспрепятственный доступ к внутренним документам. В их число входили протоколы совещаний Комитета по чрезвычайной ситуации, Группы высокого уровня по вопросам политики, Группы по оценке тяжести пандемии и Специальной консультативной рабочей группы по политике в отношении вакцин против гриппа A (H1N1), а также протоколы телеконференций с участием региональных бюро ВОЗ, сотрудничающих центров ВОЗ и головных контрольных лабораторий, Международной федерации фармацевтических фирм-изготовителей и ассоциаций и других производителей вакцин, Продовольственной и сельскохозяйственной организации Объединенных Наций (ФАО), Всемирной ветеринарной организации (ВВО) and OFFLU (глобальной сети ВВО-ФАО по экспертным знаниям в области гриппа животных).

3. Члены Комитета подписали соглашения о неразглашении для рассмотрения юридических документов конфиденциального характера, таких как соглашения по вакцинам.

4. В число документов входили также письменные материалы, представленные государствами-членами, и полные стенограммы устных свидетельств, полученных Комитетом.

Дополнение VII

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ПАНДЕМИИ, ПРОВЕДЕННАЯ ВОЗ: ОСНОВНЫЕ СОБЫТИЯ 2009 г.

28 апреля: Внутренняя оценка ВОЗ, основанная на предварительных качественных и количественных данных о воздействии на здоровье гриппа А (H1N1) - 2009, полученных из Мексики, Соединенных Штатов Америки и Канады, позволила заключить, что клинических и эпидемиологических данных и данных наблюдения недостаточно для того, чтобы оценить серьезность происшествия в глобальном масштабе. ВОЗ продолжила запрашивать данные в затронутых странах.

29 апреля: Затронутые страны представили данные на специальной научной телеконференции ВОЗ (*1*). Поскольку никакие стандартизованные методологии не использовались, непосредственно сравнить данные, представленные разными странами, было невозможно. Мексика сообщила о 26 подтвержденных случаях (семь летальных исходов), 1551 предполагаемом случае (84 летальных исхода) и о множестве серьезных случаев. США сообщили о 64 подтвержденных случаях (один летальный исход) в 14 штатах. Первые случаи были похожи на легкое гриппоподобное заболевание (ГПЗ), но некоторые из более поздних случаев носили уже более тяжелый характер. В Канаде все 13 подтвержденных случаев были легкими гриппоподобными заболеваниями (ГПЗ).

29 апреля: Медицинский научно-исследовательский совет по анализу вспышек и моделированию Имперского колледжа (Лондон, Соединенное Королевство) подготовил для ВОЗ конфиденциальный доклад, в котором описываются предварительные наблюдения: "Уровень смертности находится, как можно предположить, в пределах, характерных для более ранних пандемий XX века (по данным из Мексики), сравнимый (или чуть выше) с уровнем 1957 г.". В докладе делается следующий вывод: "В настоящее время сезонность и другие факторы не дают возможности сделать прогноз течения пандемии в ближайшие насколько недель. Тем не менее, можно ожидать увеличения распространения болезни среди населения".

30 апреля: Была начата работа по сбору данных для ряда таблиц в целях оценки серьезности и составления картины пандемии в странах.

1 мая: На основе полученной информации ВОЗ подготовила проект таблиц для оценки серьезности пандемии, которые были переданы на проверку в национальные координационные центры ММСП.

5 мая: Страны представили обновленные клинические и эпидемиологические данные, а также простые качественные данные о серьезности пандемии, используя матрицу, разработанную ВОЗ на техническом консультативном совете по оценке серьезности болезни (*2*). Задача заключалась в получении общего качественного показателя серьезности пандемии. Участники оценили серьезность пандемии в своих странах как переходную или умеренную. Был сделан вывод о том, что получить ответ на многие вопросы по-прежнему не представляется возможным, что есть вероятность развития ситуации с течением времени и что, несмотря на преимущественно легкое протекание

болезни на данный момент, существует вероятность того, что дальнейшее распространение вируса приведет к увеличению серьезных случаев и летальных исходов.

11 мая: На веб-сайте размещена информация ВОЗ, касающаяся оценки серьезности пандемии гриппа, которая дает описание ситуации, основанное на предварительных данных и информации о серьезности последствий (*3*).

11 мая: Документ, опубликованный ранее в Интернете журналом "Сайенс", включал анализ серьезности последствий (*4*).

29 мая: Опубликованы соображения по оценке серьезности пандемии гриппа (*5*), в которых излагается в общих чертах используемая ВОЗ система оценки серьезности пандемии и подытоживаются соответствующие данные.

1 июня: На консультативном совещании ВОЗ с использованием шести региональных телеконференций участники пришли к единому выводу о том, что болезнь не имела свойств сезонного гриппа и такого же серьезного характера как пандемия 1918 года. Количество случаев ГПЗ было существенным, но воздействие на систему здравоохранения было умеренным.

11 июня: Генеральный директор публично заявила: "Хотя в сравнительно состоятельных странах серьезность пандемии остается умеренной, было бы благоразумно предусмотреть и более мрачную картину распространения вируса на регионы с ограниченными ресурсами, слабым сектором здравоохранения и высоким уровнем медицинских проблем". (*6*)

11 июня: Материал из серии "Вопросы и ответы" по стадии 6, опубликованный на веб-сайте ВОЗ, включал обсуждение серьезности пандемии (*7*).

20 ноября: Опубликованы предположительные оценки темпов распространения вируса (*8*).

22 декабря: Опубликован материал, в котором сравнивается уровень смертности от пандемии и сезонного гриппа (*9*).

Ссылки

1. World Health Organization. WHO ad hoc scientific teleconference on the current influenza A(H1N1) situation. 29 April 2009. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/TCReport2009_05_04.pdf

2. World Health Organization. WHO technical consultation on the severity of disease caused by the new influenza A (H1N1) virus infections. 6 May 2009. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/Report_20_05MayTeleconferencex.pdf

3. World Health Organization. Assessing the severity of an influenza pandemic. 11 May 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/assess/disease_swineflu_assess_20090511/en/

4. Fraser C et al. Pandemic potential of a strain of influenza A(H1N1): early findings. *Science*. 2009; 324(5934): pp. 1557-61.

5. Considerations for assessing the severity of an influenza pandemic. *Weekly Epidemiological Record*. 2009; 84(22): pp. 197–202.

6. World Health Organization. Statement by Director-General, Dr Margaret Chan. World now at the start of 2009 influenza pandemic. 11 June 2009. http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/en/index.html

7. World Health Organization. Frequently asked questions. What is phase 6? 11 June 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/levels_pandemic_alert/en/index.html

8. Transmission dynamics and impact of pandemic influenza A (H1N1) 2009 virus. *Weekly Epidemiological Record*. 2009; 84(46): pp. 481-4.

9. World Health Organization. Comparing deaths from pandemic and seasonal influenza: pandemic (H1N1) 2009 briefing note 20. 22 December 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091222/en/index.html

Дополнение VIII

ГЛОССАРИЙ ТЕРМИНОВ И СОКРАЩЕНИЙ

ACI (Airports Council International)	**ACI** (Международный совет аэропортов)
ADG (Assistant Director-General)	**ADG** (Помощник Генерального директора)
ADGO (Assistant Director-General's Office)	**ADGO** (Канцелярия помощника Генерального директора)
AFRO (Regional Office for Africa)	**АФРБ** (Африканское региональное бюро)
AMRO (Regional Office for the Americas)	**АМРБ** (Американское региональное бюро ВОЗ (для стран Америки))
APA (Advance Purchase Agreement)	**САЗ** (Соглашение об авансовых закупках)
BSL (biosafety level), *e.g.* **BSL-1, BSL-2, BSL-3** *or* **BSL-4** laboratories	**BSL** (уровень биобезопасности), *напр.,* лабораторные помещения с уровнем биологической защиты **BSL-1, BSL-2, BSL-3** *или* **BSL-4**
CDC (US Centers for Disease Control and Prevention)	**CDC** (Центры США по контролю и профилактике заболеваний)
COE (Council of Europe)	**СЕ** (Совет Европы)
DCVMN (Developing Countries Vaccine Manufacturing Network)	**DCVMN** (Сеть производителей вакцин в развивающихся странах)
DDG (Deputy Director-General)	**DDG** (Заместитель Генерального директора)
DG (Director-General)	**DG** (Генеральный директор)
DGO (Director-General's Office)	**DGO** (Канцелярия Генерального директора)
DON (Disease Outbreak News)	**НВЗ** (Новости о вспышках заболеваний)
EC (Emergency Committee)	**КЧС** (Комитет по чрезвычайной ситуации)
ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control)	**ECDC** (Европейский центр по контролю и профилактике заболеваний)
EIS (Event Information Site)	**ИСС** (Информационный сайт о событиях)
EMA (European Medicines Agency)	**EMA** (Европейское агентство по лекарственным средствам)
EMRO (Regional Office for the Eastern Mediterranean)	**ВСРБ** (Восточно-Средиземноморское региональное бюро ВОЗ)
EMS (Event Management System)	**СУС** (Система управления событиями)

ERL (Essential Regulatory Laboratories)	**ГКЛ** (Головные контрольные лаборатории)
EURO (Regional Office for Europe)	**ЕРБ** (Европейское региональное бюро)
FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations)	**ФАО** (Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций)
GAP (Global Action Plan to Increase Supply of Pandemic Influenza Vaccines)	**GAP** (Глобальный план действий для увеличения поставок пандемических гриппозных вакцин)
GAR (Global Alert and Response)	**GAR** (Глобальное предупреждение и ответные действия)
GIP (Global Influenza Programme)	**ГПГ** (Глобальная программа по гриппу)
GISN (Global Influenza Surveillance Network)	**GISN** (Глобальная сеть эпиднадзора за гриппом)
GHSAG (Global Health Security Action Group)	**GHSAG** (Группа действий по обеспечению глобальной безопасности в области здравоохранения)
GLEWS (Global Early Warning System for Major Animal Diseases, including Zoonoses)	**GLEWS** (Глобальная система раннего оповещения об основных болезнях животных, включая зоонозы)
GOARN (Global Outbreak Alert and Response Network)	**GOARN** (Глобальная сеть оповещения о вспышках болезней и ответных действий)
GPHIN (Global Public Health Intelligence Network)	**GPHIN** (Глобальная сеть данных в области общественного здравоохранения)
GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)	**GRADE** (Система градации качества анализа, разработки и оценки рекомендаций)
HAC (Health Action in Crises)	**НАС** (Медико-санитарные действия в условиях кризисов)
HSE (Health Security and Environment)	**HSE** (Безопасность в области здравоохранения и окружающая среда)
IAEA (International Atomic Energy Agency)	**МАГАТЭ** (Международное агентство по атомной энергии)
IATA (International Air Transport Association)	**ИАТА** (Международная ассоциация воздушного транспорта)
ICAO (International Civil Aviation Organization)	**ИКАО** (Международная организация гражданской авиации)

ICT4PHEM (Information and Communication Technologies Tools for Public Health Emergency Management)	**ICT4PHEM** (Информация и коммуникационные технологии в поддержку управления чрезвычайными ситуациями в области общественного здравоохранения)
ICU (Intensive care unit)	**ОИТ** (Отделение интенсивной терапии)
IFPMA International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations	**IFPMA** (Международная федерация фармацевтических фирм-изготовителей и ассоциаций)
ILI (Influenza-like illness)	**ГПЗ** (гриппоподобное заболевание)
IHR International Health Regulations (2005)	**ММСП** (Международные медико-санитарные правила (2005 г.))
IVB (Immunization, Vaccines and Biologicals)	**IVB** (Иммунизация, вакцины и биологические препараты)
NFP (National IHR Focal Point)	**НК** (Национальный координатор по ММСП)
NIC (National Influenza Centre)	**НЦГ** (Национальный центр по гриппу)
OIE (World Organisation for Animal Health)	**ВВО** (Всемирная ветеринарная организация)
PACE (Parliamentary Assembly of the Council of Europe)	**ПАСЕ** (Парламентская ассамблея Совета Европы)
PAHO (Pan American Health Organization)	**ПАОЗ** (Панамериканская организация здравоохранения)
PEG (Pandemic Evaluation Group)	**ГОТП** (Группа по оценке тяжести пандемии)
PHEIC (Public Health Emergency of International Concern)	**ЧСЗМЗ** (Чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, имеющая международное значение)
PPR (Pandemic Preparedness and Response)	**ОГПОД** (Обеспечение готовности к пандемии и ответные действия)
ProMED (Program for Monitoring Emerging Diseases)	**ProMED** (Программа мониторинга новых болезней)
RD (Regional Director)	**RD** (Региональный директор)
RT-PCR (Real-time reverse transcriptase polymerase chain reaction)	**ОТ-ПЦР** (обратно-транскриптазная полимеразная цепная реакция)

SAGE (Strategic Advisory Group of Experts on Immunization)	**SAGE** (Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации)
SARS Severe Acute Respiratory Syndrome	**ТОРС** (тяжелый острый респираторный синдром)
SEARO Regional Office for South-East Asia	**ЮВАРБ** (Юго-Восточноазиатское региональное бюро ВОЗ (для Юго-Восточной Азии))
SHOC (Strategic Health Operations Centre / JW Lee Centre for Strategic Health Operations)	**SHOC** (Центр стратегических медико-санитарных операций (имени ЛИ Чон-вука))
SPG (Senior Policy Group)	**ГВП** (Группа высокого уровня по вопросам политики)
UN (United Nations)	**ООН** (Организация Объединенных Наций)
UNHRD (United Nations Humanitarian Response Depot)	**UNHRD** (Сеть складских хозяйств для хранения и экстренной доставки гуманитарных грузов по линии Организации Объединенных Наций)
UNICEF (United Nations Children's Fund)	**ЮНИСЕФ** (Детский фонд Организации Объединенных Наций)
UNIP (Urgent Needs Identification and Prioritization)	**UNIP** (Выявление и приоритезация насущных потребностей)
UNSIC United Nations System Influenza Coordination	**UNSIC** (Система Организации Объединенных Наций по координации мер борьбы с гриппом)
WHA (World Health Assembly)	**ВАЗ** (Всемирная ассамблея здравоохранения)
WHO (World Health Organization)	**ВОЗ** (Всемирная организация здравоохранения)
WHO CC (WHO Collaborating Centre)	**СЦ ВОЗ** (Сотрудничающий центр ВОЗ)
WPR (Western Pacific Region)	**ЗТОР** (Регион Западной части Тихого океана)
WPRO Regional Office for the Western Pacific	**ЗТОРБ** (Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана)

= = =